Voir résumé français à la fin du numéro

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT X.

1929.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6. m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K: O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne
Przemysłu Chemicznego



PHYTINA „CIBA“

Fosforowy materjał zapasowy roślin chlorofilowych.

Zawiera około 30% fosforu w związku organicznym, przyswajalnym.

Wielce skuteczne, nieszkodliwe leczenie fosforem w formie przyjemnej w użyciu.

Kapsułki. **Krople.**

SEN FIZJOLOGICZNY bez opjum i środków odurzających, bez objawów posennych i nawyknienia za pomocą

DIALU „CIBA“

Bezsenność nerwowa
u zmęczonych
u nerwowo chorych

Rozdrażnienie
obłąkanych
rannych
morfinistów

W wypadkach, ciężkich rodrażnieniach i dla spowodowania dłuższego uśpienia u obłąkanych

AMPUŁKI DIALU

Bezsenność zależna od bólów

DIDIAL „CIBA“

pobudzenie psychiczne, zaburzenia urazowe, bóle, uspokojanie przed znieczulaniem.

KOŁACZYKI

Próby i literatura na żądanie.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne
Przemysłu Chemicznego.

Voir résumé français à la fin du numéro

ROCZNIK
PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

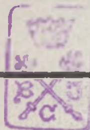


ZESZYT X.

1929.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6. m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K: O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.



OD ADMINISTRACJI „ROCZNIKA PSYCHJATRYCZNEGO".

1. „Rocznik psychjatryczny" wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 2-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 20 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych., opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 20 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik psychjatryczny".

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora: Warszawa, Matejki 6, m. 1. Prace są drukowane możliwie w kolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku" nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączać do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa; większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografje będą wykonywane na koszt własny autorów.

ROLA PIELĘGNIARSTWA W OPIECE NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.

podał

† DOC. DR. JULJUSZ MORAWSKI, Kobierzyn.

Praca pielęgniarska w lecznictwie psychjatrycznem ma szczególniej ważne znaczenie ze względu na rodzaj specjalności i jej zasadnicze cechy, na to, że każda osoba, stykająca się z chorym, wywiera na niego swój wpływ, że odpowiedni sposób postępowania z chorym (w najdrobniejszych nawet szczegółach jego życia codziennego) może zdziałać bardzo dużo, a niewłaściwe, nieumiejętne zachowanie się pielęgniarza czy pielęgniarki może utrudnić powrót chorego do zdrowia.

Na ważności znaczenia osobistego stosunku pracowników psychjatrycznych do chorych polega cała olbrzymia różnica między pielęgniarstwem w chorobach cielesnych i psychicznych. Różnica ta musi być uwzględniona przy kształceniu i wyrabianiu pielęgniarzy i pielęgniarek. W szpitalu somatycznym chory potrafi sam ocenić właściwie to lub inne zachowanie się względem niego wyższej lub niższej służby pielęgniarskiej i odpowiednio się do niego ustosunkować, możemy tu więc główną uwagę naszą zwrócić na stronę czysto leczniczą wykonywaną przez tak zwane starsze pielęgniarki, felczerki, dozorczynie i t. d. W zakładzie psychjatrycznym wszyscy pracownicy wpływają na chorego i każda osoba, stykająca się z chorym, (prześciełająca mu łóżko, pomagająca przy ubieraniu się, podająca mu jedzenie czy lekarstwo, sprzątająca sale, pilnująca chorych leżących, pracujących i t. d.), pielęgnuje go, wpływa na jego stan psychiczny, na urojenia, na stosunek do świata a więc na przebieg i zejście zaburzenia psychicznego.

To też nic dziwnego, że pożądane wyniki pracy w opiece psychjatrycznej, obecnie prowadzonej przez lekarzy, zależą w znacznej mierze od ilości i jakości pracy personelu pielęgniarskiego, od jego przygotowania teoretycznego i praktycznego, od jego osobistych danych; nic dziwnego, że ładna legenda francuska o zdjęciu kajdanów z psychicznie chorych przez doktora *Pinela* wspomina nazwisko tego lekarza łącznie z nazwiskiem jego pomocnika, pielęgniarza *Pussin;* więc nic dziwnago, że w okresach znaczniejszych zmian w sposobach wykonywania opieki psychjatrycznej, np. przy rozszerzeniu terenu i zadań opieki psychjatrycznej jedną z główniejszych trosk naszych jest przygotowanie zastępu inteligentnych odpowiedzialnych i sumiennych wykonawców i wykonawczyń naszych planów i zamiarów.

Ponieważ cele i środki pielęgniarstwa zależne są od stanu opieki psychjatrycznej, więc przed zarysowaniem roli pielęgniarstwa w opiece psychjatrycznej postaram się przedstawić, w krótkości chociażby, obecny stan opieki psychjatrycznej i jej cele i te zmiany, jakie zaszły w nich w ostatnich kilkudziesięciu latach, to jest w okresie istnienia psychjatrji jako nauki. Do niedawna jeszcze za główne zadanie walki z psychicznemi chorobami uważano unieszkodliwienie chorych, zabezpieczenie społeczeństwa od skutków ich postępowania, opartego na działalności chorej psychiki, starano się umieścić wszystkich chorych psychicznie w dobrze zamkniętych zakładach, oddawanych stopniowo pod kierownictwo lekarzy. Budowano coraz więcej podobnych zakładów, celem oszczędzenia wydatków rozszerzano pojedyńcze zakłady do pojemności kilku tysięcy łóżek, losem jednak zamkniętych chorych interesowano się mało.

Stopniowo, dzięki rozwojowi psychjatrji teoretycznej i praktycznej w tych właśnie zakładach i klinikach uniwersyteckich dokonywującemu się i dzięki postępom hygjeny społecznej stosunek społeczeństwa względem chorych psychicznie zmieniać się zaczął. Pewną rolę odegrały tu i względy finansowe, jak również i wyniki otrzymywane w wielu miejscach przez próby utrzymywania i leczenia chorych w opiece domowej.

Właściwie opieka poza zakładowa istniała zawsze: były szczególniej w dawnych czasach rodziny, które wolały, z mniejszemi lub większemi ofiarami dla siebie, same pielęgnować swych chorych, byle nie oddawać ich do zakładów, które zresztą w wielu razach nie wzbudzały zaufania a nawet nie zawsze na nie zasługiwały. Uważano zakłady psychjatryczne za domy detencyjne, których celem istnienia było jedynie uwolnienie społeczeństwa od grożących

mu ludzi antyspołecznych i niebezpiecznych, za których miano wszystkich bez wyjątku chorych psychicznie. Nawet gdy liczba zakładów wzrosła, gdy ich organizacja, dzięki wytężonej pracy lekarzy stanęła na obecnej wysokości, dawniejsza nieufność do szpitali psychjatrycznych i lekarzy ze strony społeczeństwa częściowo pozostała. Pozostał w wielu razach i strach przed psychicznie chorymi i pewne nieprzyjazne, z zabarwieniem wstrętu czy grozy, uczucie ze strony zdrowych względem chorych. Rodziny w wielu razach nie chciały pogodzić się z myślą istnienia choroby psychicznej u jednego ze swoich członków i wolały uważać go za „nerwowego" lub „dziwaka" i pielęgnować go poza zakładem, u siebie lub w obcej rodzinie. Przyjętem było i jest jeszcze, niestety, przekonanie, że psychicznie chorym obłąkanym, czy też poprostu, „warjatem", może być tylko ten, kto zdolny jest popełniać czyny wyraźnie dziwaczne i niezrozumiałe i może być niebezpiecznym dla otoczenia. Zwracając jedynie uwagę na czyny chorego, stosunkowo niewielką przypisywano wagę jego myśleniu i sferze uczuciowej. To też całe rzesze spokojnych chorych padaczkowych, schizofreników, chorych na porażenie postępujące, miażdżyce tętnic mózgowych, otępienie starcze i różne stopnie niedorozwoju psychicznego i t. d. pozostawały i pozostają w domowej opiece psychjatrycznej jako „nerwowi", „dziwacy" i t. d. Pewna część tych chorych trafia wcześniej lub później do zakładów. Dla wielu z chorych opieka pozazakładowa prędzej szkodliwą się okazuje niż pożyteczną, niewątpliwie wielu z nich jednak czuje się lepiej i wraca nawet prędzej do zdrowia w warunkach umiejętnej opieki domowej niż w przepełnionym przeważnie zakładzie psychjatrycznym. W wielu razach rodziny drogą intuicji dochodziły do postępowania zgodnie z wymaganiami psychjatrji i pielęgniarstwa psychjatrycznego. Prócz tego oddawna już istnieją ośrodki opieki nad psychicznie chorymi, nie noszące charakteru zakładów zamkniętych. Do takich należy belgijska kolonja dla psychicznie chorych w Gheel, istniejąca już około tysiąca lat; powstała ono podobno w związku z grobem świętej Dymphny, zabitej tam w VI wieku po nar. Chrystusa, przez swego ojca w czasie ucieczki przed jego natarczywem prześladowaniem. Legenda głosi, że grób jej od początku swego istnienia posiadał cudowną własność uleczania chorób psychicznych i stąd początek rozwoju całej kolonji psychicznie chorych, przyjeżdżających nieraz po zdrowie z dalekich okolic. W kolonji tej chorzy znajdują pomieszczenie i opiekę u mieszkańców wioski, zajmujących się rozmaitemi rzemiosłami i, odpowiednio do zawodu, dobierających sobie chorych.

Obecnie w środku kolonji znajduje się niewielki zakład psychjatryczny. urządzony podług najnowszych wymagań szpitalnictwa psychjatrycznego, do którego oddają chorego w razie pogorszenia jego stanu lub gwałtowności, jednak jedynie na najkrótszy okres czasu, gdy chory jest zupełnie nieprzystosowalnym do życia między zdrowymi.

Podobne kolonje zaczęto urządzać w końcu ubiegłego stulecia i w innych miejscowościach (Belgja, Francja). W Belgji w 1920 roku około 1500 chorych było w opiece domowej tego rodzaju, obecnie jest ich znacznie więcej. Zdaniem zwiedzających Gheel opieka tam ma cały szereg dodatnich stron dla samych chorych i dla społeczeństwa: nie oddala ona chorych tak bardzo od życia, jak zamknięte zakłady psychjatryczne; chorzy mają więcej swobody osobistej i dzięki konieczności współżycia ze swymi opiekunami i ich rodzinami, nie tracą swego uspołecznienia, jak to ma miejsce w zakładach psychjatrycznych zamkniętych, gezie chory spotyka jedynie chorych i przychodzących na krótki czas lekarzy i ich pomocników; kolonja taka pozwala ściśle indywidualizować chorych, daje miejsce samodzielnosci ich w pracy, przeszkadza w powstaniu i rozwojowi tak zwanego otępienia psychicznego i tych wszystkich powodów daje naogół lepsze wyniki leczenia niż pobyt w zakładowej opiece, od której jest znacznie tańszą.

W Gheel i w innych kolonjach opieki nad psychicznie chorymi rozwinęło się stopniowo pielęgniarstwo psychjatryczne na drodze praktycznej potrzeby, wyrobili się i wyrabiają pielęgniarze i pielęgniarki specjalnego typu.

Do dalszego rozwoju opieki pozazakładowej przyczyniły się próby przez same zakłady czynione. W wielu zakładach pewnych krajów, po szerszem zastosowaniu pracy chorych w polu przy zakładzie, celowo wypisywano chorych w opiekę domową u włościan przeważnie, u których spokojni chorzy pracowali nieraz przez długie lata, przyjmując udział w życiu obcych rodzin. Ponieważ ten sposób opieki nad psychicznie chorymi okazał się znacznie tańszym, bo wynosił około połowy kosztów dla chorych, nie należących do typu dozorowego, był znacznie korzystniejszym pod wielu względami, więc tak zwany patronage fimilial rozwijał się coraz bardziej i stopniowo w rozmaitych miejscach tworzyły się w promieniu działalności zakładów całe kolonje opiekunów, przyjmujących chętnie psychicznie chorych.

Prócz chorych spokojnych, pracujących zaczęto stopniowo umieszczać w opiece domowej i zniedołężniałych psychicznie cho-

rych niepracujących, wreszcie rekonwalescentów, tytułem próby. Chorych umieszcza się o ile możności niedaleko od zakładu w celu ułatwienia kontroli nad chorymi i ich opiekunami i umożliwienia sprowadzenia chorego z powrotem do zakładu. Równolegle z względami lekarskiemi działał tu z konieczności często czynnik finansowy w wielu miejscach, to jest chęć uniknięcia konieczności budowania nowego szpitala lub rozszerzanja już istniejącego. Niewszyscy jednak chorzy spokojni nadawal się do wiejskiej opieki pozazakładowej. W wielu razach wypadło starać się o umieszczenie chorego w mieście, o pomaganie mu przez czas pewien drogą udzielenia zasiłku i pomocy w poszukiwaniu pracy. Równolegle z wiejską opieką pozazakładową rozwijać się zaczęła i miejska. Obydwa te rodzaje opieki, wymagając kontroli i kierownictwa, stanowiły rozszerzenie opieki zakładowej.

Opieka pozazakładowa, miejska i wiejska, rozwijały się prawidłowo w Europie aż do wybuchu wojny światowej, która nietylko zatrzymała dotychczasowy rozwój sprawy całej, ale w wielu miejscach zrujnowała doszczętnie niemal to, co zrobionem już było. Wypadło zacząć pracować nanowo, praca szła już lepiej ze względu na doświadczenie nabyte dawniej.

Po wojnie niektóre miejscowości napotykały na znaczne trudności w umieszczaniu swych chorych w zakładach np. Gdańsk, który obecnie żadnego zakładu nie posiada, a na postawienie swego zakładu zdobyć się nie może. Trzeba było tam pomyśleć o pielęgnowaniu chorych psychicznie bez zakładów zamkniętych.

Do faktów, ważnych dla dalszego rozwoju opieki nad psychicznie chorymi, dodać można doświadczenie zdobyte w tych przypadkach, gdzie rodziny zabierały chorych z zakładu w stanie średniego podniecenia, nieraz wbrew opinji lekarzy. Okazało się niejednokrotnie, że samo przeniesienie chorego do innych warunków życia wpływało korzystnie na jego stan psychiczny, że chorzy, pozornie nienadający się zupełnie do opieki pozazakładowej, w domu poprawiali się stosunkowo prędko. W zakładach nieraz samo przeniesienie na inny oddział wpływa dodatnio na chorego. To też coraz częściej zaczęto wypisywać chorych w okresie wczesnej rekonwalescencji, „na próbę", która w wielu razach udawała się.

Ostatnio zakłady psychjatryczne zaczęły zdobywać sobie coraz więcej zaufania ze strony społeczeństwa i rodzin, które zaczęły coraz częściej przyprowadzać swych chorych i żądać dla nich przyjęcia. Ze względu na przepełnienie i niedostateczną ilość zakładów w wielu razach trzeba było odmawiać przyjęcia. Z konieczności więc

myśleć zaczęto o szerokiem systematycznem zorganizowaniu opieki pozazakładowej niezależnie od istniejących zakładów, w dziedzinie opieki przedzakładowej i podczas okresów poszczególnych pobytów jednego i tego samego chorego w zakładzie.

Zakłady psychjatryczne, zmieniając swój charakter domów detencyjnych, zbliżają się coraz bardziej do zwykłych zakładów leczniczych, stają się częściowo zakładami otwartemi i zachowały swój pierwotny charakter jedynie względem chorych niebezpiecznych dla siebie i dla otoczenia i chorych typu kryminalnego. Obecnie coraz częściej spotykamy się z faktami, gdy rodziny oddają nam swych chorych jedynie na czas pogorszenia ich stanu i zabierają ich w chwili polepszenia. Coraz częściej zdarzałą się fakty, że chorzy sami nie mają nic przeciwko umieszczeniu ich w zakładzie, który raz już potrafił im dopomóc.

Na zmianę naszych poglądów na rolę zakładu zamkniętego, jako jedynego, ale czasowego tylko w wielu razach miejsca pobytu dla chorych psychicznie, wpływa nie tylko życie i jego wymagania, ale i rozwój psychjatrji i panujące obecnie poglądy na powstawanie i rozwój chorób psychicznych i na ich objawy. Wiemy obecnie, że usposobionych do choroby psychicznej jest znacznie więcej niż chorych. Wiemy, że każdy z nas przynosi ze sobą na świat nie gotowe już reakcje psychiczne na oddziaływanie nań warunków świata zewnętrznego, a liczne możliwości najrozmaitszych reakcji, których nieznaczna tylko część przejawia się w naszem życiu osobniczem. Owo odziedziczone usposobienie do choroby psychicznej nie zawsze *musi* się przejawiać w przebiegu życia danego osobnika, czasem może ulec wpływom korzystnych dla zdrowia czynników, hamujących przejawienie się usposobienia do choroby i przez całe życie danego człowieka pozostać w ukryciu, choć bywa przekazanem potomstwu drogą dziedziczenia; w wielu innych razach owo usposobienie do choroby psychicznej znajduje w warunkach rozwoju i życia osobnika czynniki sprzyjające wczesnemu lub późniejszemu powstaniu choroby.

Zadaniem więc jest naszem walczyć nietylko z owem usposobieniem do choroby psychicznej, często odziedziczonem, rzadziej nabytem, ale i z warunkami, sprzyjającemi przejawianiu się tego usposobienia w postaci choroby w życiu osobnika. Musimy pracować nietylko w kierunku eugenikj, t. j. zapobiegania powstawania usposobienia do chorób psychicznych drogą przekazywania go przez rodziców na dzieci, ale i w kierunku innych celów hygjeny społecznej, dążących do usunięcia z życia każdego osobnika tego

wszystkiego, co może w niem powstanie usposobienia do choroby psychicznej i rozwój samej choroby wywołać, co u już usposobionego do choroby może sprzyjać jej rozwojowi. Z drugiej zaś strony przyszliśmy do wniosku co do większości psychoz, a w szczególności co do schizofrenji, że znaczna część objawów psychotycznych do szeregu wtórnych zaliczoną być może, t. j. do powstałych głównie w zależności od warunków, w jakich dany chory się znajduje w czasie choroby, że w wielu razach zbyt przedłużony pobyt chorego w zakładzie odbija się szkodliwie na stanie psychicznym chorego, który w warunkach pozazakładowych nieraz znacznie prędzej mógłby choć częściowo zdrowie psychiczne odzyskać. Za specjalnie szkodliwe uznajemy tu bezczynne życie, oderwanie od wszelkich zainteresowań, brak samodzielności, brak wrażeń podniecających działalność twórczą psychiki, wreszcie wpływ otoczenia starych chorych, zniedołężniałych, produkujących swe różne dziwactwa psychiczne w słowie i w czynach. Tem się tłumaczy dodatni wpływ wszelkich zmian w otoczeniu, a przedewszystkiem rzucający się w oczy dobroczynny wpływ pracy na wielu chorych, owego dla wielu chorych najpotężniejszego w skutkach swych naszego środka leczniczego.

Zmiany poglądów teoretycznych, stosowanie z dodatniemi wynikami pracy w zakładach, wprowadzenie różnych zabiegów leczniczych, starania w kierunku rozwoju opieki pozazakładowej, wszystko to zaczyna stopniowo przekształcać nasze pojęcia nietylko o celach zakładów psychjatrycznych ale i o samem budownictwie zakładów.

Przyczyniły się tu i względy natury finansowej: jeśli nawet 2—3 łóżek dla psychicznie chorych i niedorozwiniętych na każdy tysiąc mieszkańców nie wystarczają (przykłady w Szwajcarji, Anglji, Niemczech, Francji, Ameryce), więc łatwo wyliczyć, co może kosztować zbudowanie odpowiedniej liczby zakładów obecnie przyjętego typu dla pomieszczenia wszystkich psychicznie chorych, których *stałe* przetrzymywanie w zakładach do niedawna uważane było za konieczne dla chorych i ich otoczenia.

Doliczymy do tego koszty utrzymywania chorych w zakładach, stale wzrastające — otrzymamy pokaźną sumę wydatków w mało produkcyjnym kierunku.

To też obecnie ze względu na dobro samych chorych i ich rodzin, na dobro finansów poszczególnych państw, wypadło nam dawniejsze hasło: „Chorzy psychicznie wszyscy do zakładów, lekarze psychjatrzy tylko dla zakładów potrzebni!" zmienić na nowe: „w zakładach mają pozostawać jedynie najbardziej potrzebujący zamknię-

cia i to jedynie na czas tej potrzeby, a lekarze psychjatrzy potrzebni są nietylko w zakładach rozmaitego rodzaju, ale i w opiece pozazakładowej i w pracy hygjeny społecznej, zwalczającej powstawanie i rozwój chorób psychicznych".

Obecnie przyjęty ogólnie zagranicą program psychjatrycznej opieki pozazakładowej jest bardzo rozległy i wymaga do swego zrealizowania współpracy wielu lekarzy-psychjatrów i znacznej liczby ich pomocników. Program ten przenosi główny punkt ciężkości opieki psychjatrycznej do miast i miasteczek, koncentruje całą pracę w pewnej instytucji centralnej, której podporządkowane być mają inne pomocnicze, między niemi i zakłady psychjatryczne. Sami autorowie programu uznają go zn niewykonalny w krótkim okresie czasu i projektują stopniową budowę poszczególnych ogniw, wiążących w jedną całą opiekę nad psychicznie chorymi jako część hygjeny społecznej, radząc zaczynać budowę nie schematycznie, ale w każdym wypadku inaczej (w pewnych miejscowościach wygodniej może będzie zacząć od istniejących zakładów psychjatrycznych, w innych od instytucji innego charakteru). Ponieważ powodzenie rozwoju nowych kierunków opieki psychjatrycznej zależy od stopnia uświadamiania społeczeństwa, więc zadaniem lecznictwa psychjatrycznego jest przedewszystkiem rozpowszechnianie w społeczeństwie drogą odczytów, pogadanek, popularnych wydawnictw i t. d. rozumnych pojęć o istocie chorób psychicznych i sposobach walki z niemi. Do pracy tego rodzaju należą poradnie psychjatryczne, udzielające rad wstępującym w związki małżeńskie i wyrabiającvm sobie zawód, badające dzieci przedszkolne i t. d. Drugim celem szerej ujętego lecznictwa psychjatrycznego jest wyszukiwanie wszystkich psychicznie chorych, prowadzenie ich ewidencji, zbieranie jaknajdokładniejszych wywiadów o nich, doprowadzenie ich do lekarzy. Pamiętać trzeba, że najważniejszem zadaniem lecznictwa psychjatrycznego jako dziedziny hygjeny społecznej jest, by każdy psychicznie chory jaknajwcześniej dostał się pod opiekę specjalisty.

Na zasadzie zebranych wywiadów i danych badania chorego będzie mógł dopiero lekarz zdecydować, czy dany chory może być pozostawiony w opiece domowej czy też ma być oddany do zakładu. O ile chory pozostaje w domu, lekarz pewnej instytucji (dzielnicowy psychjatra czy inny) bierze go w opiekę, sam lub przez swych pomocników w odpowiedni sposób kontroluje przebieg choroby, bada wszechstronnie warunki, w jakich chory pozostaje i decyduje we właściwej chwili o przeniesieniu chorego do zakładu. W czasie po-

bytu chorego w zakładzie instytucja opieki psychjatrycznej zajmuje się w dalszym ciągu chorymi, pozostając w kontakcie z zakładem i bacząc, by chory był zabrany, jak tylko lekarz zakładowy uzna to za stosowne; z drugiej strony ta instytucja stara się utrzymać związek między chorym i jego rodziną, opiekując się nią w odpowiedni sposób, by sprawy materjalne chorego żadnego uszczerbku, o ile możności, nie przyniosły w czasie jego nieobecności, by chory po powrocie z zakładu nie zastał warunków, które do nawrotu choroby psychicznej doprowadzić by go mogły. Gdy chory opuścił zakład, instytucja opieki psychjatrycznej zajmuje się dalszym jego losem, umieszcza go w domu rodzinnym lub u obcych, pomaga mu wszelkiemi możliwemi sposobami, by tylko nawrotu choroby uniknąć. W razie jednak potrzeby chory skierowany ma być z powrotem na pewien czas do zakładu.

Ośrodki opieki psychjatrycznej pozazakładowej, pozostając stale w kontakcie z zakładami psychjatrycznemi i rodzinami, stanowią łącznik między zakładem i chorym z jednej strony a rodziną chorego z drugiej.

Przy istnieniu takiego łącznika, zaopatrzonego w odpowiednie środki możnaby było mieć nadzieję, że chorzy nie będą zbyt długo przetrzymywani w zakładach zamkniętych, które swe urządzenia oddać będą mogły całkowicie na usługi chorych ostrych. Tą drogą uniknie się przepełnienia zakładów z oddziałami dozorowymi przez chorych, z których pewna część w domu utrzymać by się mogła, inna zaś część nadawałaby się prędzej do jakiegoś innego zakładu typu przytułku lub domu pracy. To znów mogłoby wpłynąć na zmniejszenie kosztów budowy zakładów: wypadłoby posiadać znacznie mniej drogo kosztujących zakładów z oddziałami ściśle dozorowemi, zakłady takie mogłyby być znacznie mniejszymi na korzyść instytucji pomocniczych, których budowanie i urządzenie kosztowałoby znacznie taniej.

Szczególniej ważne miałoby to znaczenie dla Polski, mającej rozbudowywać dopiero swe zakłady. Możnaby naprzykład postawić takie pytanie praktyczne, mając zamiar urządzać opiekę psychjatryczną dla województwa z 2.000.000 mieszkańców, licząc, że województwo to ma 4.000—5.000 psychicznie chorych: jakie szpitale mamy budować? Czy koniecznie dążyć winniśmy stopniowo do 4 dużych zakładów zamkniętych z oddziałami najrozmaitszych typów, czy też dosyć będzie mieć jeden dobrze urządzony zakład zamknięty dla chorych ostrych i dozorowego typu, a resztę chorych umieszczać w najrozmaitszych instytucjach (patronage familial, kolonje rolnicze

dla pracujących, domy pracy, przytułki dla nieuleczalnych i t. d.)?

Poza opieką pozazakładową dla chorych psychicznie instytucje psychjatryczne miałyby jeszcze i inne zadania do spełnienia jak udzielanie kompetentnych porad wszelkiego rodzaju szpitalom, przytułkom, zakładom dla alkoholików, lekarzom miejskim, sądom, więzieniom, różnym innym instytucjom opieki społecznej, rodzinom chorych, wreszcie szkołom zwykłym i najrozmaitszym szkołom specjalnym dla niedorozwiniętych i t. d. Instytucje psychjatryczne w wielu razach współpracowałyby z najrozmaitszego rodzaju instytucjami hygjeny społecznej, mającemi na celu również walkę z chorobami (jak alkoholizm, kiła, gruźlica), wpływającemi nie tylko na ilość obywateli, ale i na ich jakość, na ich poziom przeciętny, na ich wartość dla społeczeństwa. W wielu razach środki, stosowane przez instytucje różnego pozornie charakteru, byłyby te same, jak zresztą i cel jeden i ten sam: wywalczyć zdrowie i tężyznę fizyczną i psychiczną nietylko dla obecnego pokolenia ale i dla przyszłych.

Pamiętając o tych tak rozlicznych zadaniach opieki psychjatrycznej zakładowej i pozazakładowej możemy przejść obecnie do omówienia roli w niej pielęgniarstwa i zastanowić się szczegółowo nad tem, co pielęgniarstwo tu dać może i jak trzeba wykształcać siły pielęgniarskie, by zadanie swe właściwie spełniać mogły.

Zaczniemy od pracy zakładowej.

W zakładzie psychjatrycznym zamkniętym praca pielęgniarki polega na pomaganiu lekarzom w przeprowadzeniu planowo zakreślonego leczenia chorych psychicznie. Mam tu na myśli jedynie zakłady wyłącznie psychicznie chorym poświęcone z pominięciem epileptyków, niedorozwiniętych rozmaitego stopnia i narkomanów wszelkiego rodzaju, dla których istnieć powinny specjalne zakłady. Pracę pielęgniarską rozpatrzymy w zależności od rodzaju choroby.

Psychicznie chorych, oddawanych do zakładu, podzielić można na dwie grupy. Do jednej z nich należą chorzy nieuleczalni, mniej lub więcej niebezpieczni dla otoczenia, energicznie protestujący przeciwko swemu zamknięciu w zakładzie, fizycznie najczęściej zdrowi, lecz zupełnie bezkrytyczni względem swych urojeń a często i halucynacyj, które zmuszają ich nieraz do wrogiego ustosunkowania się względem otoczenia. Ludzie ci muszą stale pozostawać w zakładzie i zadaniem lekarzy i pielęgniarskiej służby jest urządzenie chorym tego rodzaju odpowiednich warunków życia, zajęcie ich ostrożnie pracą, o ile możności przywiązanie ich do zakładu przez wzbudzenie pewnych zainteresowań, jedynie z zakładem dla nich związanych. Konieczną jest tu znajomość choć w głównych zary-

sach z przebiegiem choroby, ostrożność w postępowaniu i mowie. Na razie, nie mając odpowiedniej pomocy ze strony niewyrobionego pielęgniarskiego personelu, pomagamy sobie jedynie drogą najrozmaitszych obostrzeń i utrudnień, które czynimy tym chorym w najzwyklejszych nieraz przejawach ich inicjatywy.

Do nieuleczalnych należą również w znacznej liczbie psychicznie chorzy, cierpiący na organiczne schorzenia układu nerwowego. Pewną część z nich (paralitycy, chorzy na miażdżycę tętnic i t. d.) udaje się nam powrócić na pewien krótszy lub dłuższy okres czasu do życia prawidłowego, reszta z nich jednak pozostaje w zakładzie aż do śmierci. Względem nich personel pielęgniarski pamiętać powinien, że ma do czynienia z chorymi cieleśnie i psychicznie zarazem i pracę swą odpowiednio unormować.

Inną jest praca przy chorych, należących do drugiej grupy. Poza manjakami i melancholikami, których stosunkowo niewielu spotykamy w zakładzie i co do których staraniem winno być lekarzy i pielęgniarzy przetrzymać ich w najodpowiedniejszy sposób przez czas ich podniecenia lub przygnębienia, główny kontyngens chorych tej grupy stanowią chorzy, cierpiący na zaburzenia psychiczne typu rozszczepieniowego. Właśnie co do tych chorych głównie zmieniły się niektóre nasze poglądy i sposoby postępowania. Wiemy obecnie, na zasadzie praktycznych i teoretycznych danych, że rokowanie jest tu tem lepsze, im bardziej właściwym jest sposób postępowania z chorym. Chory, najczęściej w ostrym okresie choroby trafiający do zakładu, powinien przejść przez oddział obserwacyjny, a czasem i przez oddział chorych podnieconych i jaknajprędzej trafić na oddział dla chorych pracujących, a stąd do domu w stanie mniej lub więcej znacznego polepszenia stanu psychicznego. Chorzy tacy wymagają bliższego zainteresowania się nimi, zachęty do pracy, wogóle odpowiedniej pielęgnacji, której braki mogą zaważyć na dalszym rozwoju choroby. Po wypisaniu z zakładu część chorych zaczyna żyć życiem dawniejszem, przedchorobowem, część jednak wymaga jeszcze odpowiedniej opieki pozazakładowej. I właśnie w zastosowaniu do tych chorych przeważnie zaczęto stosować opiekę pozazakładową przez umieszczanie ich u rodzin (najczęściej obcych) pod kontrolą lekarza zakładowego mającego do pomocy starszego pielęgniarza lub pielęgniarkę. Jasną jest rzeczą, że personel pielęgniarski, pracujący w zakładzie, musi być praktycznie, a jeśli można i teoretycznie, obeznanym z chorobami psychicznemi i ich objawami. Obecnie, nie mając odpowiednich pielęgniarzy, radzimy sobie przez wprowadzenie pewnego rygoru, czegoś w rodzaju ślepego posłu-

szeństwa służby pielęgniarskiej względem lekarzy ze względu na to, że najdrobniejsze uchybienie od wskazań czysto psychjatrycznych może spowodować jeśli nie katastrofę jakąś to conajmniej pogorszenie stanu psychicznego chorego. Nawet jednak z tak surowego materjału, jakim jest nasz personel pielęgniarski zakładowy, udaje się nam wyrabiać bardzo dobrze poszczególne jednostki przynajmniej pod względem praktycznych zadań psychjatrycznych. Wyrabianie to trwa jednak lata i odbywa się najczęściej drogą pouczeń, błędów w pracy i t. d., kosztem chorych, którym niejednokrotnie nieumiejętne postępowanie pielęgniarza czy pielęgniarki przedłuża okres pogorszenia psychicznego. Przypuszczać trzeba, że posiadanie przez każdy zakład wyszkolonych pielęgniarek, przynajmniej na kierowniczych posterunkach, tak zwanych dozorczyń oddziałowych, znacznie polepszyłoby i jakościową pracę zakładów. Obecnie jednak jeszcze na długi szereg lat myśleć o tem nie możemy, każdy zakład urządził się po swojemu i wszelkie zmiany w tym kierunku możliwemi byłyby dopiero przy posiadaniu znacznego zastępu przygotowanych teoretycznie i wyrobionych odpowiednio praktycznie, pielęgniarek. Pozazakładowa praca pielęgniarstwa na początku obejmowała opiekę i kontrolę nad chorymi chwilowo lub na stałe wypisanymi z zakładu. Pielęgniarz, zamieszkały w zakładzie, lub w razie znaczniejszej liczby chorych, mieszkający poza zakładem, obowiązany był kontrolować chorych i ich opiekunów, powinien był wchodzić w jaknajdrobniejsze szczegły życia chorego u opiekuna, zwracać uwagę na pomieszczenie, wyżywienie, pracę chorego, dbać by opiekun odpowiednio się nim zajmował, nie wyzyskiwał jego zdolności do pracy i t. d. Z drugiej strony pielęgniarz taki winien zwracać baczną uwagę na samego chorego, na jego stan psychiczny, by w razie jakiegoś pogorszenia lub nawet zmiany, mogącej przejść w nawrót choroby, spowodać powrót chorego do zakładu. O wszelkich swych czynnościach pielęgniarz musi prowadzić notatki i składać sprawozdanie lekarzom zakładu. Dalszym rozwojem terenu pracy pielęgniarzy było rozumne pośrednictwo między chorym i zakładem z jednej strony i jego rodziną z drugiej

Czy w czasie pobytu chorego w zakładzie, czy przed udzieleleniem mu urlopu, czy wreszcie po wypisaniu chorego z zakładu dla leczących go lekarzy ważnem było dowiedzieć się, w jakich warunkach żył i pracował chory przed zachorowaniem, czy i co mogło spowodować rozwój choroby, czy rodzina ma dane, by chorym odpowiednio się zaopiekować, czy podawane przez nią wiadomości o chorym polegają na prawdzie i t. d. Po wypisaniu chorego

z zakładu ciekawem jest dowiedzieć się, dla celów chociażby teoretycznych, co się z chorym dalej dzieje, czy polepszenie trwa. W czasie pobytu chorego w zakładzie zależyć nam może na utrzymaniu jaknajściślejszego kontaktu zakładu z rodziną, podtrzymywanie stosunków chociażby listownych między chorym i jego najbliższymi. Ze względu na dalszy los chorego, na możliwość nawrotu choroby, koniecznem nieraz być może pomaganie jego rodzinie, w granicach potrzeby i możności, by chory po wypisaniu z zakładu nie trafił na warunki, które by go z powrotem do zakładu sprowadziły. Znaczne tu usługi oddać może odpowiednio wyrobiona pielęgniarska pomoc, która uciekając się nieraz do usług innych instytucyj, może w wielu razach zapobiec nawrotowi choroby. U chorych, wypisanych na urlop czy na próbę, koniecznemi są odwiedziny kontrolujące pielęgniarki czy pielęgniarza, kontrolujących stan psychiczny chorego. Koniecznym jednak warunkiem podobnej pracy pielęgniarskiej jest, poza danemi osobistemi, wyrobieniem życiowem i poważnym stosunkiem do zdrowych i chorych, dobra znajomość zaburzeń psychicznych i ich objawów. Takie wizyty u rodzin chorych mogą pomóc lekarzom i dla ich badań naukowych: pielęgniarka może zauważyć różne zboczenie psychiczne u innych członków rodziny, może oświetlić sprawę odziedziczenia usposobienia do danej choroby psychicznej lub jej związku z chorobami nerwowemi lub cielesnemi, a przedewszystkiem pomoże w badaniach nad znaczeniem warunków zewnętrznych w powstawaniu chorób psychicznych. Wiemy z osobistego doświadczenia, jak mało dowiedzieć się można najczęściej od chorego i jego rodziny. Ta strona pracy czyni pielęgniarstwo psychjatryczne nadzwyczaj cenne i dla pracy klinicznej przez zbieranie najrozmaitszych danych o chorych i ich rodzinach, przez zbieranie katamnez.

Praca pielęgniarska znalazła również szerokie pole działania w opiece nad psychicznie chorymi przed przyjmowaniem ich do zakładu.

Przypuśćmy, że w pewnem mieście istnieje już poradnia psychjatryczna, czy też urzędowy psychjatra miejski. Rodzina przyprowadza mu chorego lub też zawiadamiają go, że w jego dzielnicy ktoś zachorował psychicznie. Praca pielęgniarska będzie tu bardzo pożyteczną w kierunku zbierania wiadomości o chorym w kierunku dopilnowywania, czy i jak polecenia i rady lekarza zostały spełnione. Przypuszczać trzeba, że w wielu wypadkach dzięki pomocy pielęgniarza czy pielęgninrki uda się uniknąć pomieszczenia chorego w zakładzie psychjatrycznym, że oni pomogą rodzinie pielęgnować

chorego w domu, udzielając rad i wskazując na liczne drobne nieraz składniki życia domowego, których usunięcie lub zmiana może znacznie poprawić los chorego w domu. Zarazem jednak odwiedzająca chorego pielęgniarka czy pielęgniarz potrafią się zorjentować w chwili, gdy koniecznem się stanie umieszczenie chorego w zakładzie, gdy dłuższe przetrzymywanie chorego w domu może sprowadzić niepożądane skutki (brak opieki, odmowa jedzenia, dążność do samouszkodzenia i t. d.).

I tutaj praca pielęgniarska, poza czysto praktyczną pomocą, zebrać potrafi wiele danych o tem wszystkiem, co do etjologji chorób psychicznych w szerokiem tego słowa znaczeniu należy.

Za jedno z głównych jednak zadań pielęgniarstwa i tu uważać należy utrzymywanie kontaktu między rodziną i chorym. Szczególniej ma to znaczenie w psychozach schizofrenicznych, gdzie kontakt ten dzięki cechom charakterystycznym samej choroby, jest w stałem niebezpieczeństwie rozluźnienia czy zerwania.

O ile istnieje przychodnia czy poradnia psychjatryczna ma ona i inne cele, przy spełnianiu których pielęgniarstwo się przyda. Jest to, poza opieką nad wszystkiemi chorymi psychicznie swej dzielnicy, udzielanie porad przychodzącym chorym i ich rodzinom, prowadzenie dokładnych notatek, ścisła rejestracja chorych i łącznie z tem, zbieranie wielu danych, które w przyszłości przydać się mogą. Pomocnicy pielęgniarscy mogą naprzykład pomagać w opracowywaniu spraw, tyczących się dziedziczenia usposobienia do chorób psychicznych. Że jednak szeroka praca w tym kierunku wymaga prócz dobrych chęci i pilności pewnego przygotowania teoretycznego, dowodzą wyniki badań, ogłoszone w swoim czasie przez *Davenporta i Weeks'a*, który opierając się na bezkrytycznie zebranym materjale, wygłosili cały szereg przedwczesnych wniosków co do dziedziczenia chorób psychicznych. Ostrożność i znajomość psychjatrji cechować winny całą pracę pielęgniarską w opiece psychjatrycznej również i ze względu na to, że istnieje niebezpieczeństwo najrozmaitszych prób wyzyskiwania tą drogą społeczeństwa przez niezrównoważonych różnego typu, sięgających bezprawnie po pomoc i środki jakiemi społeczeństwo rozporządzać może.

Pielęgniarstwo pozazakładowe może pozatem w najrozmaitszy sposób wspomagać pracę Towarzystw Opieki nad psychicznie chorymi we wszelkich kierunkach jego działania. W pracy swej pielęgniarz czy pielęgniarka spotykać się będzie z całym szeregiem pozornie obcych dla ich specjalności zagadnień, współpracować będzie z innymi pracownikami hygjeny społecznej, uzgodnienie jednak tej

współpracy czy też połączenie kilku funkcyj w jednych rękach jest już rzeczą dalszej przyszłości, zależnie od rozwoju opieki społecznej wogóle.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej pracę społecznej pielęgniarki w dziedzinie psychjatrycznej opieki pojmuje sie znacznie szerzej przez dodanie jej pewnych działów pracy.

Pracowniczki psychjatryczne zbierać tam mają wszelkie wywiady przez korespondencje, odwiedziny, rozmowy z krewnymi, przyjaciółmi, nauczycielami, pracodawcami chorych, z towarzyszami ich pracy, z pomocnicami społecznych instytucji innego charakteru i zebrany tą drogą materjał *ze swemi wnioskami* przedstawiać pod obrady specjalistów. Stosowanie środków charakteru społecznego, celem zwalczenia chorób psychicznych w znacznej mierze leży w rękach owych pracownic.

W klinikach i szpitalach pracowniczki te również pomagają lekarzom w zebraniu danych, w badaniu chorych i leczeniu.

Ważne znaczenie przypisuje się tam pracy pielęgniarek psychjatrycznych w szpitalach dla dzieci i w szkołach, przeprowadzenie pomocniczych badań, zbieranie wywiadów w rodzinech, udzielanie rad tym ostatnim, zbieranie katamnez, wogóle zbieranie wywiadów o tem, co stanowi osobowość przed- i popsychotyczną.

Pracę w tym samym kierunku spełniać mogą pielęgniarki również w zakładach karnych i poprawczych, w sądach, wreszcie w najrozmaitszych instytucjach dobroczynnych jak również we wszystkich zbiorowiskach ludzi, gdzie trzeba umieć odróżnić od ludzi zdrowych— ludzi chorych psychicznie czy też niedorozwiniętych, do których prawo z pewnemi zastrzeżeniami jedynie i zmianami stosowane być może.

Wreszcie pielęgniarki psychjatryczne mają być używane w Ameryce do pouczania matek, do wytłomaczenia im, że w wielu wypadkach złe przyzwyczajenie i nałogi dzieci, są jedynie prawidłowym zupełnie wynikiem niewłaściwego postępowania matek, nieumiejętnego obchodzenia się z dziećmi.

Mając tak szeroko zakreślony program działalności pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi, możemy obecnie sprobować określić, co z tego w naszych warunkach jest do spełnienia, o czem przedewszystkiem myśleć należy, w jakim kierunku przygotowywać pielęgniarski personel na najbliższą przyszłość.

Obecnie mamy w Polsce jedynie w zakładach pomocników psychjatrycznych i pomocnice; są to pielęgniarze i pielęgniarki, peł-

niący służbę na salach i dozorcy i dozorczynie, odpowiedzialni za pewną część zakładu (oddział, pawilon).

Pielęgniarze nasi i pielęgniarki rekrutują się przeważnie z materjału zupełnie surowego pod każdym względem, zdarzają się między nimi nawet analfabeci. Utrzymuje ich w wielu razach przy zakładach przekonanie, że zajmują pewne określone stanowisko, wyższe od służącego, służącej czy robotnika niewykwalifikowanego. Pewna część z nich opuszcza zakład z własnej woli lub też z powodu zwolnienia (jako nieodpowiedni), inni jednak pozostają na dłuższy okres czasu. Z tych właśnie pozostających w zakładach, niektóre osobniki pracują, jako z konieczności tylko znoszeni przez lekarzy (z braku lepszych), reszta zaś stopniowo wyrabia się dzięki danym inteligencji wrodzonej, dobrym chęciom i ambicji, zainteresowuje się, nabiera coraz więcej praktycznych wiadomości i staje się bardzo pożądanymi pomocnicami i pomocnikami lekarzy. Tak jest nietylko u nas ale i zagranicą, gdzie również materjał zupełnie surowy podlega pewnemu doborowi w przeciągu pobytu w zakładzie. Różnica pomiędzy Polską i innemi krajami w tym kierunku polega na tem, że za granicą analfabetów i analfabetek jest znacznie mniej, że ogólny poziom kultury ludności jest tam znacznie wyższy, że stanowisko pielęgniarza jest tam znacznie lepiej opłacane, ma więcej stron dodatnich dla pracowników i dlatego służba pielęgniarska w zakładach zmienia się tam znacznie rzadziej niż u nas. W naszych warunkach pożądanem byłoby, po za polepszeniem warunków istnienia służby pielęgniarskiej, wyszkolić ich lepiej w kierunku ogólnego wykształcenia i specjalnie psychjatrycznego. Możnaby myśleć w przyszłości o przyjmowaniu na pielęgniarki naprzykład, panien i chłopców, posiadających wykształcenie odpowiadające 3 — 4 klasom gimnazjum i conajmniej $^{1}/_{2}$ roczny kurs w szkole psychjatrycznej, urządzonej przy zakładzie. Możnaby wtedy pomyśleć, czy nie podzielić całego niższego personelu psychjatrycznego na posługaczki (bez przygotowania) i pielęgniarki właściwe, t. j. te, które mogą wykazać się pewnemi świadectwami lub odpowiednią praktyką. Na razie w rozmaitych zakładach różnie sobie radzimy; z braku personelu jak również z powodu zasadniczych cech pracy przy psychicznie chorych nie możemy dzielić ich jeszcze na posługaczki i pielęgniarki, bo wszystkie w zasadzie są pielęgniarkami, bo każda z nich pomóc i zaszkodzić może choremu w odzyskiwaniu zdrowia przez niego.

Staramy się je uczyć na miejscu, urządzamy im rozmaite kursy i jakoś praca idzie. Nie zapominajmy, że obecny stan pracy w zakładach w znacznej mierze zależy od ilości i jakości pracy własnie

tych pielęgniarzy i pielęgniarek, że oni to, pod kierunkiem lekarzy, przyczynili się do znacznego podniesienia poziomu pracy w zakładach, że nawet taki surowy materjał przy istnieniu właściwego kierunku może być poważnym czynnikiem w rozwoju opieki nad psychicznie chorymi. Powinniśmy pamiętać, że na długie lata innych pielęgniarek spodziewać się nie możemy, że nie stać będzie nigdy Polskę jak zresztą i inne państwa na pracowników i pracownice ze średniem wykształceniem na te stanowiska, bo nie potrafimy ich opłacać, a zresztą wątpliwą jest konieczność dążenia w tym kierunku wobec dobrych wyników nawet ze służbą dotychczasową.

Nasze dozorczynie oddziałowe i dozorcy rekrutują się albo z pielęgniarzy i pielęgniarek albo też z osób postronnych (rozmaici półinteligenci i półinteligentki, w wielu wypadkach, ludzie, którzy przeżyli pewne katastrofy osobiste czy rodzinne i nie mają się gdzie uczepić), albo wreszcie siostry zakonne różnych zgromadzeń. Osobiście, na zasadzie sześcioletniej pracy z dozorczyniami zakonnicami, mogę wyrazić jedynie zupełne zadowolenie z ich pracy. Ujemne strony pracy ich częściowo spotykamy i u świeckich dozorczyń (nap. niewysoki naogół poziom rozwoju inteligencji), częściowo zaś pochodzą z samego faktu przynależności do zwartej jednostki o charakterze zgromadzenia zakonnego; te ostatnie dadzą się opanować przez odpowiednie umowy ze zgromadzeniami i właściwe postępowanie z Siostrami.

Wszyscy ci dozorcy i dozorczynie pozostawiają stale mniej lub więcej do życzenia pod względem stopnia wykształcenia ogólnego i specjalnego teoretycznego i praktycznego przygotowania. Tutaj odczuwamy znaczne braki i w tym kierunku przydać by się nam mogły specjalne kursy, odpowiadające obecnym szkołom pielęgniarskim. Niefortunnym mi się zdaje tylko tytuł „pielęgniarski", Rodziny chorych, sami chorzy i lekarze — wszyscy przyzwyczailiśmy się nazywać pielęgniarzami i pielęgniarkami te osoby, które stale stykają się z chorymi, które ich pielęgnują przez czas ich pobytu w zakładzie. Osoba, kontrolująca pracę pielęgniarek czy pielęgniarzy całego oddziału, zarządzająca jego majątkiem i pilnująca, by polecenia lekarza były spełniane dokładnie, jest w dotychczasowem pojęciu naszem dozorczynią oddziałową i pozostanie nią bez względu na zmianę jej tytułu urzędowego.

Zbyt trudno byłoby a może i bezcelowem wpływanie na zmianę opinji społeczeństwa w tym kierunku,

Byłoby może bardziej pożądanem wychowankom obecnych szkół pielęgniarskich dać inny jakiś tytuł, nap. „hygjenistek" ze względu

na główne ich zadanie — ścisłą współpracę z lekarzami w tej lub innej dziedzinie hygjeny społecznej.

Przypuszczam, że zmiana tytułu samego przyciągnęłaby również trochę kandydatek, które będą wolały być „hygjenistkami" czy też pracowniczkami w dziedzinie hygjeny społecznej niż pielęgniarkami.

Nowość, tytuł i sama idea pomocy w dziele hygjeny społecznej może tu pomóc.

Co zaś do przygotowania owych pielęgniarek zawodowych czy hygjenistek w dziedzinie psychjatrji uważam conajmniej półroczny kurs praktyczny w zakładzie psychjatrycznym jako warunek nieodzowny bez względu na to, czy dana osoba zostanie później dozorczynią oddziałową w zakładzie psychjatrycznym czy też pracownicą w dziedzinie opieki pozazakładowej.

Chociaż narazie terenu pracy poza zakładami mamy niewiele dla owych pielęgniarek, musimy już teraz myśleć o przygotowaniu ich teoretycznem i praktycznem ze względu na konieczność rozbudowy opieki pozazakładowej.

Stopniowo potrzebować ich będziemy coraz więcej w opiece przed- i pozazakładowej, w poradniach i ośrodkach zdrowia i t. d. Ze względu więc na te rozwijające się potrzeby, ze względu na konieczność obsadzenia wielu posad w zakładach musimy już teraz pracować nad wyrobieniem nowych sił, bo wyrobienie to trwa z natury rzeczy czas dłuższy.

O ile ciężko będzie nam z rozbudowaniem zakładów nawet najskromniej obliczonych, o tyle w dziedzinie opieki pozazakładowej spóźnienie nasze w porównaniu z innemi krajami Europy zachodniej nie jest tak wielkie, bo tam praca w tym kierunku rozwija się stosunkowo niedawno i miejcami ma charakter prób na większą skalę czynionych.

Spieszmy więc, by i w tej dziedzinie nie pozostać na szarym końcu.

LITERATURA.

Roemer H. Kolbg. i Faltlhauser V. Die offene Fürsorge in der Prychiatrie und ihren Greuzgebieten. Berlin 1927.

Lacroix-Dupouy. Les services ouverts dans les asiles. Paris 1926.

Czarniecki F. Opieka nad psychicznie chorymi w Rosji przedwojennej. Lekarz Polski. 1928, Nr 1.

Deresz St. Pozazakładowa opieka nad psychicznie chorymi. Lekarz Polski 1928, Nr. 5.

O ZMIANACH ARCHITEKTONICZNYCH KORY MÓZGOWEJ W PADACZCE SAMOISTNEJ [1]).

podał

MAKSYMILJAN ROSE.

Przez architektonikę kory mózgowej rozumiemy ogólny obraz jaki ona przedstawia przy słabych powiększeniach, po elektywnem zabarwieniu. Zależnie od tego czy elektywnie barwimy komórki nerwowe, czy włókna nerwowe lub substancję myelinową włókien, glej lub naczynia, rozróżniamy cyto-fibrillo-myelo-glio—i vasoarchitektonikę. Fibrillo-glio - i vasoarchitektonika są jeszcze w zaczątkach. Mają one jednak bardzo doniosłe znaczenie i dzisiaj znamy już szereg pól w korze mózgowej, które wykazują specyficzną budowę glejową i naczyniową. Fakty te mają dla patologji duże znaczenie, gdyż czynniki chorobotwórcze w pierwszej linjí wchodzą w kontakt z glejem i naczyniami.

O wiele lepiej znamy myelo - i cytoarchitektonikę kory mózgowej. Cechy poszczególnych pól kory mózgowej są w obrazie myeloarchitektonicznym szczególnie wyraźne. Dlatego też ma myeloarchitektonika przy pierwszych orjentacyjnych badaniach kory mózgowej duże znaczenie. Nie ma ona jednak tego znaczenia w patologji i przy badaniach porównawczych wskutek złego barwienia się włókien myelinowych u niższych zwierząt. Dlatego też w odczycie niniejszym zajmę się wyłącznie cytoarchitektoniką.

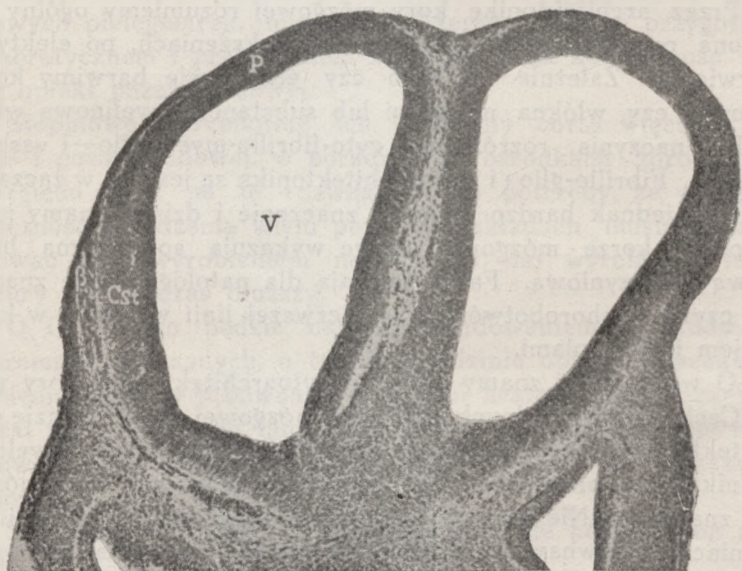
Poszczególne pola cytoarchitektoniczne rozróżniamy, jak to już wyżej wspomniano, na podstawie cech, które widzimy już przy słabych powiększeniach. Są to: szerokość kory, ilość warstw, szerokość poszczególnych warstw, gęstość komórek, wielkość i kształt komórek, specjalne formy komórkowe. Przy porównaniu jednak obrazów prawidłowych z obrazami prawidłowymi u innych osobni-

[1]) Według odczytu wygłoszonego na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie.

ków i z obrazami chorobowymi należy szczególnie baczyć na to, aby tkanka nerwowa poddana była zawsze tym samym procedurom technicznym. Badania wykonane w ostatnich czasach wykazały, że nawet przy użyciu tych samych odczynników otrzymujemy zupełnie różne obrazy komórkowe zależnie od tego czy tkanka nerwowa zetknęła się z płynem utrwalającym zaraz po śmierci zwierzęcia, czy też dopiero po pewnym czasie.

Podobnie jak dla zrozumienia budowy innych narządów okazały się koniecznemi także w architektonice kory mózgowej badania anatomiczno-porównawcze i embryologiczne warstw i ośrodków korowych.

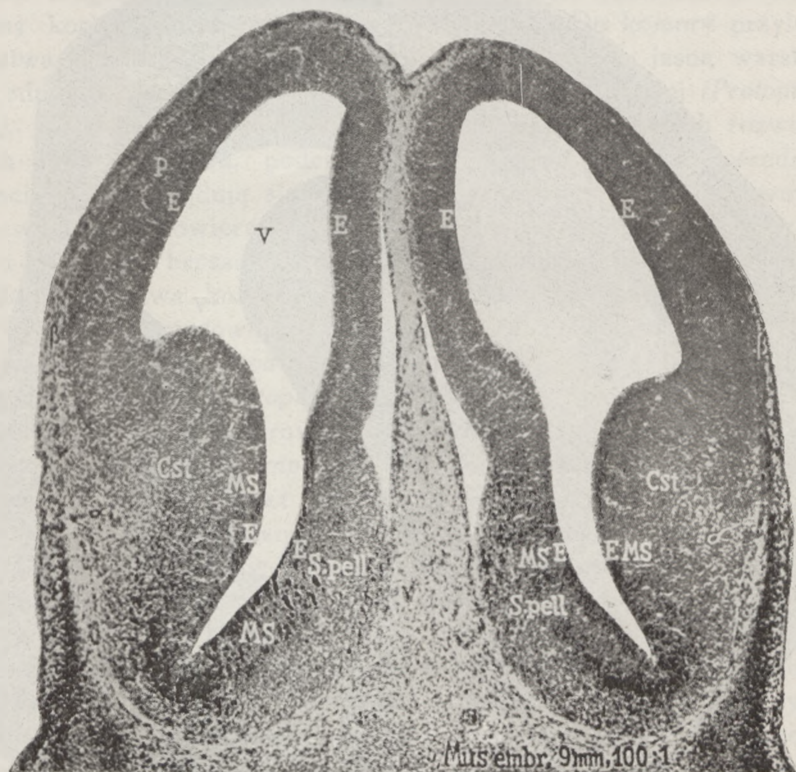
Badania ontogenetyczne wykazały, że kora mózgowa wykazuje w różnych swych częściach różny sposób rozwoju. Ma to doniosłe



Ryc. 1. Przekrój pionowy przez przedmóżdże zarodka myszy 7 mm. długości.

znaczenie dla anatomicznej równowartościowości czyli homologji warstw w różnych częściach kory. Znaczenie to wyraża się szczególnie w przebiegu procesów chorobowych, albowiem homologiczne ośrodki i warstwy korowe często wykazują skłonność do schorzeń pod wpływem tych samych czynników chorobotwórczych. Dlatego też pokrótce zapoznać się musimy z zasadami histogenetycznego podziału kory, który pokrywa się też zupełnie z podziałem na podstawie badań anatomiczno-porównawczych.

Przedmóżdże *(telencephalon)*, obejmujące w stanie definitywnym korę mózgową wraz z doprowadzającemi i odprowadzającemi włóknami i ciało prążkowane, przedstawia we wczesnych okresach rozwojowych podwójny pęcherzyk o bardzo cienkiej ścianie. W ryc. 1 widzimy ten obraz 100 razy powiększony u zarodka myszy długości 7 mm. Ściana pęcherzyka otaczająca szeroko rozwartą komorę

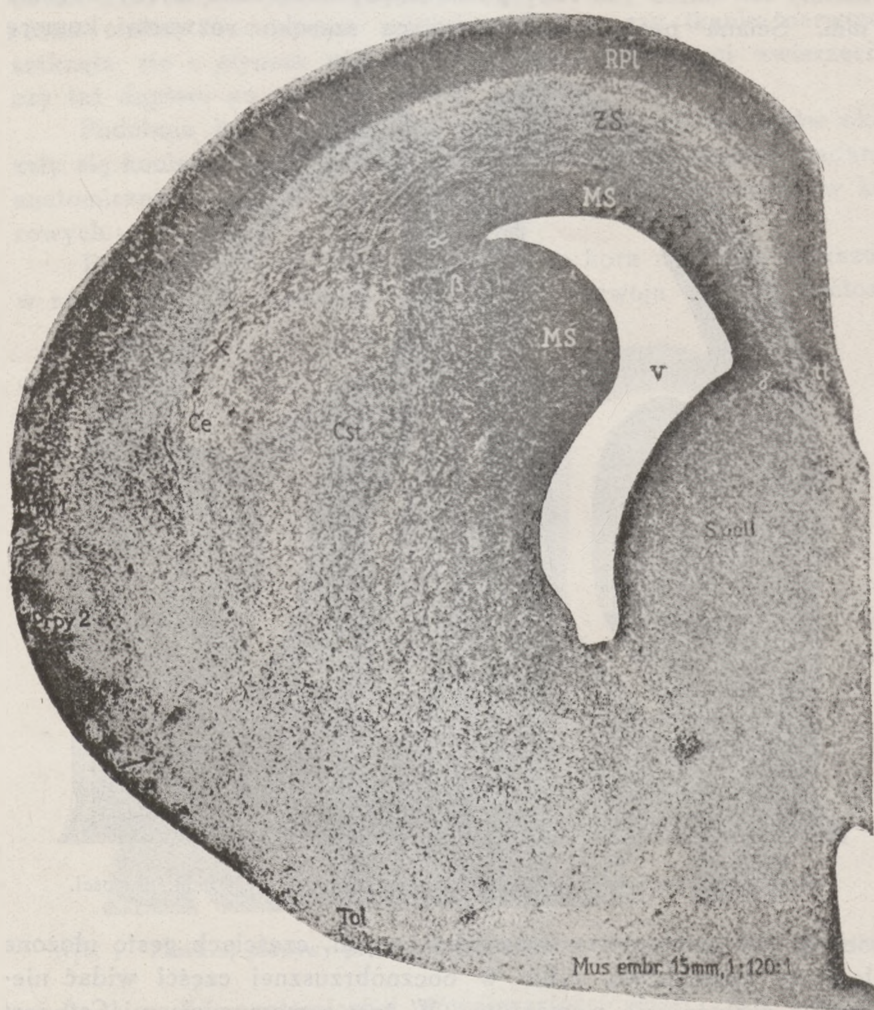


Ryc. 2. Przekrój pionowy przez przedmóżdże myszy 9 mm. długości.

boczną (*V*) zawiera we wszystkich swych częściach gęsto ułożone elementy komórkowe, tylko w bocznobrzusznej części widać nieznaczne rozluźnienie elementów. W tem samem miejscu (*Cst*) jest też ściana pęcherzyka nieco szersza aniżeli w pozostałych swych częściach (*P*). Mimo to więc, że cała ściana pęcherzyka okazuje w tym wczesnym okresie rozwoju prawie jednolitą budowę, widać w niej już zaznaczony podział na 2 odcinki, na odcinek środkowo-grzbietny czyli pallialny (*P*), z którego się potem rozwija przeważna część kory mózgowej *(płaszcz korowy, pallium)* i na odcinek boczno-

brzuszny czyli striatalny (*Cst*) z którego powstaje ciało prążkowane *(corpus striatum)*.

U zarodka myszy długości 9 mm (ryc. 2) jest już podział na płaszcz korowy (*P*) i ciało prążkowane (*Cst*) zupełnie wyraźny.



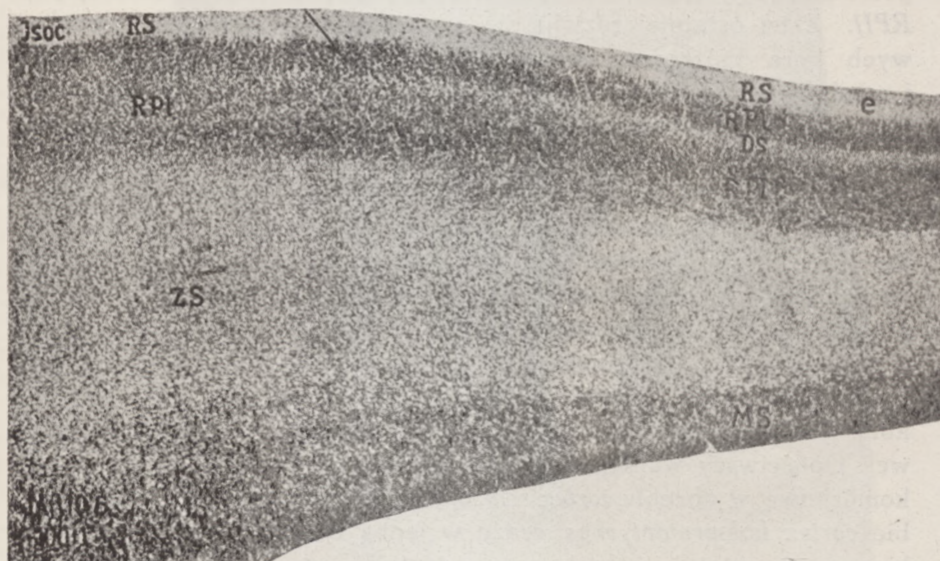
Ryc. 3. Przekrój pionowy przez przedmóżdże zarodka myszy 15 mm. długości.

Ściana pallialna jest wąska i równomiernie wypełniona elementami komórkowymi. Tylko komorę wyściela gęstsza warstwa ependymarna (*E*). Ciało porążkowane (*Cst*) uległo powiększeniu i wpukla się w komorę. Rozluźnienie komórek na bocznej powierzchni ciała

prążkowanego (miejsce $^{\alpha}$) stało się wyraźniejsze. W środkowo-brzusznej części rozwija się septum pellucidum (*S. pell.*), które podobnie jak ciało prążkowane wykazuje wyraźną warstwę macierzystą (*MS*). Jasna otoczka ($^{\beta}$) leżąca na powierzchni półkul odpowiada późniejszym oponom mózgu.

Wybitna zmiana w rozwoju mózgu zarysowuje się u zarodka myszy długości 15 mm (ryc. 3.). W pallialnej (grzbietnej) części ściany komory doszło już do uwarstwowania. Do komory przylega warstwa macierzysta (*M S*), której elementy przez jasną warstwę pośrednią *(Z S)* zdążają do pierwotnej warstwy korowej *(Protoptyx, RPI)*. Z tej ostatniej rozwija się w późniejszych okresach rozwojowych kora mózgowa, podczas gdy w miejscu warstwy pośredniej i macierzystej znajdują się w stanie definitywnym włókna nerwowe. Nazewnątrz od powierzchni warstwy korowej znajduje się jeszcze jasna warstwa brzeżna *(R S)*, której w stanie definitywnym odpowiada I warstwa korowa. W tym okresie spotykamy więc poraz pierwszy korę mózgową, która jednak w całej swej rozciągłości jest dwuwarstwową (*warstwa brzeżna i protoptyx)*. Korę tę nazywamy *cortex pallialis holoprotoptychos*. Obok kory pallialnej o jednej pierwotnej warstwie korowej *(cortex holoprotoptychos)* rozróżniamy w obrębie *gyrus hippocampi* i w jego okolicy korę pallialną o 2 warstwach korowych *(cortex pallialis schizoprotoptychos)*. Rozwój tej kory jest całkiem odmienny od kory o pojedyńczej warstwie korowej. Opuściwszy warstwę korową układają się wprawdzie elementy komórkowe w obrębie *cortex schizoprotoptychos* podobnie jest w obrębie *cortex holoprotoptychos* zrazu w jedną tylko pierwotną warstwę korową, ta ostatnia jednak przyjmuje tylko ograniczoną ilość neuroblastów, tak że komórki opuszczające później warstwę macierzystą tworzą t. zw. dodatkową pierwotną warstwe korową. W ryc. 4 widzimy u zarodka ludzkiego długości 10,5 cm na lewo *cortex holoprotoptychos* o jednej pierwotnej warstwie korowej *(RPl)*, na prawo *cortex schizoprotoptychos o dwóch pierwotnych warstwach korowych* *(RPl^{α}, RPl^{β})*. Ciało prążkowane uległo u zarodka myszy długości 15 mm bardzo znacznemu powiększeniu. Na brzusznej i boczno-brzusznej jego powierzchni widzimy w odcinkach oznaczonych przez *Tol* i *Prpy* 2 korową warstwe komórkową i na powierzchni jej leżącą warstwę brzeżną. Elementy tej warstwy korowej pochodzą z tej samej warstwy macierzystej co elementy ciała prążkowanego i dlatego nazywamy tę korę w odróżnieniu od kory pallialnej *(cortex pallialis sive totoparietinus)*, korą striatalną *(cortex striatalis sive semiparietinus)*.

Przy opisie zarodków długości 7 i 9 mm zwracaliśmy uwagę na rozluźnienie komórek (miejsce α) na bocznej powierzchni ciała prążkowanego. W tem samem miejscu oznaczonem w ryc. 3 przez *Prpy 1* i *i* znajdujemy u zarodka długości 15 mm. nierównomiernie zbudowaną i miejscami poprzerywaną pierwotną warstwą korową, która różni się bardzo od jednolicie zbudowanej i ostro odgraniczonej pierwotnej warstwy korowej w obrębie kory pallialnej. Musimy rozwiązać zagadnienie, skąd pochodzą komórki tej poprzerywanej pierwotnej warstwy korowej na powierzchni ciała prążkowanego.



Ryc. 4. Przejście *Cortex holoprotoptychos* (na lewo) w *Cortex schitzoprotaptychos* (na prawo) u zarodka ludzkiego 10,5 cm. długości.

Chodzi tu bowiem o odcinek z którego potem rozwija się kora wyspy (insula Reilii). Odpowiedź na to pytanie daje ryc. 3. W okolicy bocznej wypustki komory leży u góry warstwa macierzysta kory pallialnej oznaczona literą α, u dołu warstwa macierzysta ciała prążkowanego oznaczona literą β. Obie te warstwy macierzyste są od siebie oddzielone wązkiem jasnem pasemkiem i wykazują charakterystyczną właściwość, że warstwa macierzysta ciała prążkowanego barwi się silniej, niż warstwa macierzysta kory pallialnej. Z powyżej przytoczonych miejsc α i β ciągnie w kierunku boczno-brzusznym pasmo komórkowe *(X)* którego elementy pochodzą częściowo z warstwy macierzystej korz pallialnej α, a częściowo z warstwy

macierzystej ciała prążkowanego β. Pasmo *X* leżące na zewnątrz od *capsula externa (Ce)* jest warstwą macierzystą dla kory wyspy. Przy silniejszych powiększeniach widać wędrówkę neuroblastów z pasma *X* do pierwotnej warstwy korowej wyspy, która wykazuje temsamem podwójne pochodzenie, pallialne i striatalne. Dlatego też nazywamy tę korę *cortex pallio-striatalis sive bigenitus*. *Capsula extrema* i *claustrum* są pochodnymi pierwotnej warstwy korowej wyspy.

Drogą analizy rozwojowej i anatomiczno-porównawczej poznaliśmy więc 3 główne grupy kory: *1) cortex pallialis, 2) cortex striatalis, 3) cortex pallio-striatalis*, przyczem w obrębie kory pallialnej rozróżniamy 2 grupy boczne: *a) cortex holoprotoptychos, b) cortex schizoprotoptychos*.

Zależnie od tego czy i na ile warstw podzieliła się wtórnie pierwotna warstwa korowa w obrębie *cortex holoprotoptychos* rozróżniamy a) *cortex holoprotoptychos bistratificatus*, b) *quinquestratificatus*, c) *septemstratificatus*. *Cortex bistratificatus* wykazuje obok warstwy brzeżnej *(lamina zonalis)*, nieuwarstwowaną pierwotną warstwę korową. W cbrębie *cortex quinquestratificatus* doszło do podziału pierwotnej warstwy korowej na pierwotną warstwę ziarnistą *(lamina granularis primaria, II—IV)* na warstwę *V (Lamina ganglionaris)*, warstwę *VI (Lamina multiformis)* i warstwę *VII (Lamina infima)*. W obrębie *cortex septemstratificatus* podzieliła się pierwotna warstwa ziarnista na 3 warstwy t. j. *lamina corpuscularis (II) lamina pyramidalis (III)* i *lamina granularis (IV)*, tak że razem z warstwą brzeżną, warstwą *V, VI* i *VII* mamy tu do czynieniaz 7 warstwową korą.

Cortex schizoprotoptychos jest zasadniczo 4 warstwowy. Rozróżniamy w nim obok warstwy brzeżnej 2 warstwy komórkowe, zewnętrzną *(lamina principalis externa, Pre)* i wewnętrzną *(lamina principalis interna, Pri)* rozdzielone przez ubogą w komórki, jasną t. zw. *lamina dissecans*.

Wyniki tych badań mają z powodów wymienionych we wstępie o tyle znaczenie dla patologji, że warstwy *cortex schizoprotoptychos* i *holoprotoptychos* oraz warstwy *kory striatalnej* i *pallio-striatalnej* są różnego pochodzenia i temsamem mogą wykazywać różne zachowanie wobec czynników chorobotwórczych. Taksamo różne zachowanie wobec czynników chorobotwórczych wykazywać mogą różne części *cortex holoprotoptychos* zależnie od stopnia uwarstwowania pierwotnej warstwy korowej.

Badanie zmian anatomiczno-patologicznych podążać musi dwiema drogami:

1. Drogą analizy histopatologicznej, która się zajmuje określeniem jakości zmian i sposobem ich rozwoju.

2. Drogą analizy architektonicznej, która dąży do określenia usadowienia procesu i jego rozciągłości.

Ten drugi kierunek badań, który nazwać można kierunkiem topograficznym, okazał się szczególnie owocnym w neurologji. Szereg chorób rozpoznajemy na podstawie usadowienia procesów chorobowych. Co więcej, w szeregu tych chorób nie znamy jeszcze dokładnie procesu histopatologicznego, tak, że rozpoznanie nasze opiera się prawie wyłącznie na lokalizacji procesu chorobowego. Daje nam to już dzisiaj w neurologji możność wyjaśnienia szeregu objawów klinicznych drogą anatomiczną. Wystarczy wspomnieć badania ostatniego dziesięciolecia nad ciałem prążkowanem i objawami klinicznymi występującymi przy jego schorzeniu, schorzenie sznurów i korzonków tylnych przy wiądzie rdzenia, kacheksji, urazach, chorobach krwi, zatruciu ergotyną; schorzenia jądra ogoniastego i soczewkowatego *(striatum)* przy porażeniu postępującem, podczas gdy jądro blade *(pallidum)* nie wykazuje ani procesu paralitycznego, ani krętków bladych; schorzenie komórek Purkinjego przy alkoholizmie i motorycznych jąder opuszkowych przy zatruciu ołowiem; rogu przedniego przy poliomyelitis anterior, dysenterji i t.d.

Histopatologja oddała niezwykłe usługi nietylko w neurologji ale także w psychiatrji. Znamy bowiem choroby jak np. *idiotismus amauroticus* w których obraz histopatologiczny odrazu rozstrzygą rozpoznanie. W przeważającej ilości wypadków jednak histopatologja nie tłómaczy nam zjawisk klinicznych i tu otwiera się jej droga do współdziałania z architektoniką kory. Kierunek ten nie był nigdy obcy histopatologji w chwili jednak pogłębienia architektoniki zasługuje on na szczególne zaakcentowanie. *Zachodzi pytanie czy w psychjatrji podobnie jak w neurologji nie uda nam się mimo że przeważnie nie znamy etjologji chorób umysłowych, wyjaśnić objawów klinicznych na podstawie lokalizacji zmian chorobowych.* Że dla stwierdzenia etjologji równocześnie z temi badaniami muszą być przeprowadzone badania genetyczne, endokrynologiczne, chemiczne i bakterjologiczne nie potrzeba specjalnej wzmianki. Dla powyżej postawionego zagadnienia ważnem jest, że już dzisiaj w dziedzinie kory mózgowej zaznaczyć możemy pewne wyniki badań architektonicznych. A mianowicie:

a) schorzenie III warstwy przy procesach różnego pochodzenia, wykazujących jednak wspólny objaw znacznego otępienia t.j. w prze-

biegu paraliżu postępującego, otępienia starczego, miażdżycy, otępienia przedwczesnego.

b) schorzenie III warstwy w *area gigantopyramidalis* przy *sclerosis lateralis amyotrophica.*

d) schorzenie IV warstwy w obrębie *area gigantopyramidalis* w przebiegu *pląsawicy Huntingtona;*

e) schorzenie II i III warstwy w przebiegu *zaniku kory mózgowej typu Picka.*

Badania patoarchitektoniczne kory mózgowej postępują jednak bardzo powoli, gdyż nie znamy dotychczas cytoarchitektoniki normalnej przeważającej części kory mózgowej. Z tej samej przyczyny badania architektoniczne w przebiegu padaczki są jeszcze w zacząłkach.

Od bardzo dawna zwrócono w przebiegu padaczki uwagę na schorzenie rogu Amona.

Pierwsze dane o schorzeniu cornu Ammonis przy padaczce zawarte są w pracy *Bouchet i Cazauvieilh* (1825). Autorzy ci opisali stwardnienie i zwężenie albo przekrwienie i rozmiękczenie rogu Ammona. Symptom ten opisują przy sekcjach epileptycznych nie przywiązując doń żadnego znaczenia. Objawy podobne znajdowali jednak i w przebiegu innych chorób umysłowych. *Bergman* (1852), który walczył o funkcję motoryczną rogu Ammona, twierdził, że padaczka pozostaje w związku z tem, że przy niej raz jeden to znów drugi róg Ammona jest mniejszy. Następnie opisali stwardnienie rogu Ammona *Foville i Hoffmaan, Coulbaut, Pfleger* i inni. Naukę o związku padaczki z rogiem Ammona rozbudował jednak *Meynert.* (1867 i 1868). *Meynert* twierdził też podobnie jak *Bergmann,* że róg Ammona ma funkcję ruchową.

Sommer zestawił 90 przypadków własnych i z literatury, w których stwierdzoną była za życia padaczka, a po śmierci wykazać można było schorzenie w rogu Ammona. W przypadkach wszystkich cytowanych dotychczas autorów stwierdzono jednak zmiany w rogu Ammona tylko makroskopowo (stwardnienie, skleroza, rozmiękczenie).

Częstość kombinacji schorzenia rogu Ammona z padaczką opisują różni autorowie w różny sposób. Wedle *Meynerta* występuje stale w padaczce zmiana w rogu Ammona, wedle *Snella* w 3—4%, wedle *Bourneville'a* w 14,8%, wedle *Ybbsa* stale, wedle *Pflegera* w 58%.

Wymienić wreszcie należy *Charcota,* który twierdził, że schorzenie rogu Ammona jest najczęstszym objawem padaczki, a gdy go brak, napotyka się zmiany w innych częściach mózgu, tłomaczące napady padaczkowe.

Bratz badał w 70 przypadkach chorób umysłowych *gyrus hippocampi i cornu Ammonis, gyrus centralis anterior, gyrus frontalis secundus i gyrus cinguli.* 50 z tych pacjentów cierpiało na padaczkę (epilepsia genuina). Chorych tych podzielić można na 2 grupy:

1. Bez zmian w cornu Ammonis.

W tej grupie było 50% czyli 25 przypadków. Z tych 25 przypadków 8 wykazywały makroskopowo objawy schorzenia ogniskowego *(w lobus frontalis, corpus striatum).* Mimo rozlicznych ataków, zmian w cornu Ammonis nie było.

2. Ze zmianami w cornu Ammonis.

Róg Ammona był 11 razy zmieniony chorobowo po stronie prawej, 13 razy po lewej, 1 raz po obu stronach.



Ryc. 5. Róg Ammona u człowieka.

W 50 więc przypadkach padaczki stwierdził *Bratz* 8 razy schorzenie ogniskowe różnych części mózgu i 25 razy zmiany w rogu Ammona. W 17 przypadkach nie znalazł żadnych zmian.

Z ryciny *Bratza* wynika, że w jego przypadkach zmiany chorobowe były w odcinku sąsiadującym z *fascia dentata.*

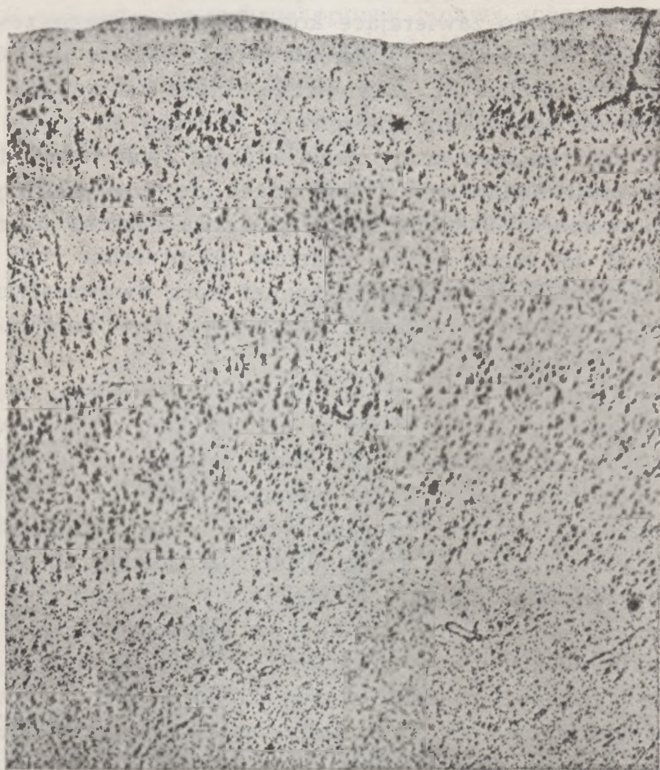
Spielmeyer znalazł zmiany w rogu Ammona w 80% padaczki.

Dla wyrobienia sobie sądu o schorzeniu rogu Ammona przy padaczce, okazało się koniecznem zbadanie normalnej architektoniki tej części mózgu. Ryc. 5 przedstawia prawidłowy róg Ammona u człowieka, zabarwiony metodą Nissl'a. W całej jego rozciągłości rozróżniamy jedną tylko warstwę komórek pyramidowych. Tak na zewnątrz jak i na wewnątrz od wspomnianej warstwy komórkowej widzimy jasne pasmo zawierające komórki gleju. Pasmo zewnętrzne, które stanowi *alveus cornu Ammonis (Alv)* posiada nieporównanie więcej komórek gleju, niż wewnętrzne, które odpowiada warstwie brzeżnej (*lamina zonalis*) kory mózgowej. Widzimy, że w rogu Ammona pierwotna warstwa korowa nie uległa wtórnie uwarstwowaniu. Mamy tu więc w myśl badań embryologicznych do czynienia z typowym *cortex holoprotoptychos bistratificatus* (warstwa brzeżna, warstwa komórkowa). W tej samej rycinie widzimy też przejście rogu Ammona w *fascia dentata (FD)*, która jest również korą dwuwarstwową składającą się z warstwy brzeżnej i wązkiej warstwy komórkowej złożonej z komórek ziarnistych.

Kora amonalna nie wykazuje jednak w całej swej rozciągłości jednolitej budowy. Rozróżniamy w niej bowiem poza t. zw. *subiculum* pięć różnie zbudowanych pól, które oznaczymy jako pola h_1—h_5. Pole h_1 odznacza się szeroką warstwą komórkową, ktorej komórki leżą pod warstwą brzeżną gęściej i rozpraszają się w kierunku *alveus* (*Alv*). W ten sposób rozróżniamy tu gęste miejscami poprzerywane pasmo α i luźniejsze β. W obu tych pasmach leżą komórki piramidowe średniej wielkości, które w pasmie α są smukłe, w pasmie β natomiast krótkie. W polu h_2 widzimy w warstwie brzeżnej znacznie więcej komórek gleju niż w polu h_1. Warstwa komórkowa jest znacznie węższa i zawiera gęściej ułożone i znacznie węższe komórki piramidowe niż w polu h_1. Pole h_2 należy do najbardziej charakterystycznych pól w obrębie rogu Ammona. h_3 ma szerszą i luźniejszą warstwę komórkową niż h_2. Komórki pola h_3 są mniejsze, słabiej zabarwione i nie tak pięknie promienisto ułożone jak w h_2; h_4 ma mniej komórek gleju w warstwie brzeżnej niż h_2 i h_3. Warstwa komórkowa jest szeroka, luźna, zawiera większe i bardziej nieregularnie ułożone komórki niż w h_3. Najbardziej nieregularnie leżą komórki pola h_5, które znajduje się w obrębie wpuklenia jakie w tym miejscu tworzy *fascia dentata*. Róg Ammona przechodzi więc z jednej strony w *fascia dentata*, z drugiej zaś w *subiculum*, które nie jest przedstawione na ryc. 5.

Badania architektoniczne wykazały, że róg Ammona szczegól-

nie łatwo i szybko ulega schorzeniu pod wpływem różnych czynników chorobotwórczych. Zniszczenie nie dotyczy jednak prawie nigdy całego rogu Ammona lecz poszczególnych jego ośrodków. Na zdjęciach przedstawiających róg Ammona w przypadkach padaczki samoistnej. chodzi przeważnie o zupełne zniszczenie pola h_1, h_3, h_4, h_5, przy zachowaniu pola h_2.



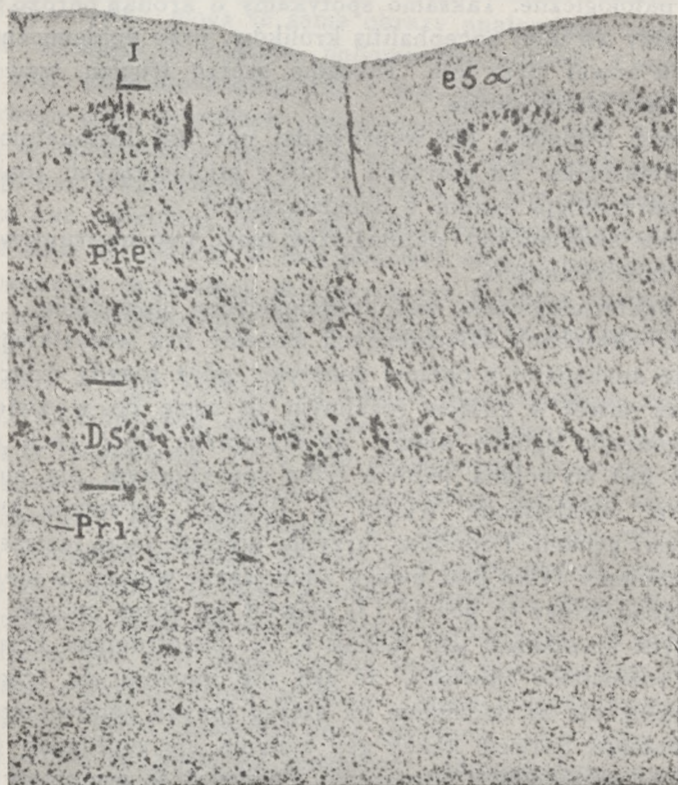
Ryc. 6. Pole *c5α* w *Gyrus hippocampi* w stanie normalnym.

Ryc. 6, przedstawia pole *C5α* w *gyrus hippocampi* w stanie prawidłowym, rycina zaś 7, to samo pole w przypadku *idiotismus amauroticus*, z silnemi atakami padaczkowemi. Przy porównaniu ostatnich 2 rycin widzimy, że w *idiotismus amauroticus* z silnemi atakami padaczkowemi doszło do zupełnego zniszczenia *lamina principalis interna* (*Pri*).

Zmiany architektoniczne w padaczce nie ograniczają się jednak tylko do rogu Ammona i gyrus hippocampi. We wszystkich bowiem przypadkach padaczki samoistnej z daleko posuniętem otę-

pieniem umysłowem dochodzi do znacznego zaniku komórek w obrębie III warstwy i do opisanej przez *Chaslina* t. zw. sklerozy brzeżnej.

Czy zmiany powyższe są charakterystyczne dla padaczki (epilepsia genuina)? Pytanie to stoi w związku z drugiem zagadnieniem, czy padaczka jest jednostką chorobową czy pojęciem zbiorowem dla szeregu stanów?



Ryc 7. Pole *c5α Gyrus hipporampi* w przypadku *idiotismus amauroticus* z licznymi atakami padaczkowymi,

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że obraz anatomiczno-patologiczny nie poucza nas nigdy o przyczynie procesu chorobowego. Obraz anatomiczno-patologiczny jest rezultantą wszystkich endogenicznych i exogenicznych czynników i wszystkich sił defenzywnych i regeneratywnych danego organu. Etjologji procesu nie wykazuje nigdy. Nawet zmiany syfilityczne nie zawierają cech specyficznych, a jak dopiero rozróżnić zmiany metasyfilityczne od syfilitycznych.

Sclerosis multiplex nie można już dzisiaj wyodrębnić na podstawie zachowania włókna osiowego i przy uwzględnieniu zmian zapalnych. Napotykamy bowiem na największe trudności djagnostyczne przy *sclerosis multiplex* już wobec zwykłej *myelitis*. Podobnie wydawało się, że znamy specyficzne zmiany przy *poliomyelitis*, po których to cierpienie można rozpoznać; teraz wiemy, że *encephalitis*, a więc etjologicznie inne cierpienie, może dawać identyczne zmiany anatomiczno-patologiczne. Taksamo spotykamy u królika bardzo podobne zmiany przy zwykłej encephalitis królików, przy epidemicznej encephalitis, a nawet przy kile. Taksamo szereg trucizn wywołuje te same zmiany patologiczne.

Z tych trudności nie wyprowadzi nas ani histopatologja ani patoarchitektonika. Tu potrzeba studjów etjologicznych (bakterjologja, endokrynologja, nauka o dziedziczności).

Obraz anatomiczno-patologiczny może być uwarunkowany:

a) dziedzicznością,

b) bakterjologicznie, endokrynologicznie, chemicznie.

Przy chorobach dziedzicznych możemy bez wszystkiego posługiwać się analogjami z ogólnej genetyki, gdyż zasady dziedziczenia są zawsze nawet w świecie roślinnym te same co w zwierzęcym.

Z genetyki ogólnej wiemy, że przeważna ilość cech ujawnionych nie jest wywołana jednym tylko specyficznym dla siebie genem. Np. zmniejszone włoski u drosofili wywołane być mogą 13 różnymi genami. Podobnie skrzydła wycięte (alae incisae). Jeżeli więc weźmiemy tylko pod uwagę zmniejszone włoski, to nie możemy rozstrzygnąć, który to gen (z 13) ujawnił się w ten sposób. Znanem w genetyce zjawiskiem jest jednak t. zw. plejotropizm. Przez plejotropizm rozumiemy zjawisko, że gen nie ujawnia się tylko przez jedną cechę, ale że oddziałuje na szereg innych genów i modyfikuje ich ujawnienie. Słowem każdy gen ujawnia się syptomem głównym i szeregiem symptomów ubocznych. Ponieważ te symptomy uboczne są przy każdym genie odmienne, posługiwać się niemi możemy przy określeniu, który z genów właśnie się ujawnił.

Przy chorobach dziedzicznych spotykamy się z tem samem zjawiskiem. Niewątpliwie te same obrazy kliniczne i anatomiczno-patologiczne mogą być uwarunkowane różnymi genami. I tak jest też w istocie. Wyjątek stanowi *idiotismus amauroticus*, który jest manifestacją tylko jednego genu i dlatego zawsze możemy tę chorobę rozpoznać skoro stwierdzimy jej typowe zmiany komórkowe. Ważnem jest też, że te same objawy chorobowe, które powstają drogą dziedziczenia mogą być też nabyte (np. *status marmoratus*). Oczy-

wiście i tu szukać należy symptomów ubocznych, przy pomocy których można rozróżnić formę dziedziczną od nabytej. Co do padaczki to z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć możemy, że występować ona może z jednej strony jako cierpienie dziedziczne, z drugiej jako nabyte. W obu tych formach może ona też podobnie jak w *status marmoratus* dawać pozornie ten sam obraz anatomiczny.

Już powyżej zaznaczyliśmy, że także różne czynniki exogeniczne wywoływać mogą te same obrazy anatomiczno-patologiczne, *(sclerosis multiplex i myelitis, poliomyelitis anterior* i *encephalitis).* Jest to więc zjawisko analogiczne z tem, na które zwróciliśmy powyżej uwagę przy chorobach dziedzicznych. Nie jest więc wykluczonem, że manifestacja epileptyczna może obok pochodzenia dziedzicznego być także cierpieniem nabytem. W tym ostatnim wypadku zaś może być wywołaną całym szeregiem exogenicznych czynników, mimo że stale spotykamy w niej podobny obraz anatomiczny. Przypadki padaczki samoistnej, w których nie możemy stwierdzić żadnych zmian anatomicznych są z natury rzeczy szczególnie trudne do oceny.

Zmiany w rogu Ammona są obecnie najważniejszym symptomem padaczki. Chaslinowska skleroza brzeżna i zmiany w III warstwie utrwalają te rozpoznania. Poza temi pozytywnemi zmianami, towarzyszącemi zmianom w rogu Ammona w padaczce, kierować się możemy jednak szeregiem cech negatywnych t. j. takich, których niema w padaczce a występują w innych chorobach przebiegających podobnie jak padaczka ze zmianami w rogu Ammona (paralysis progressiva, encephalitis epidemica, dementia senilis, chorea Huntingtoni). Wynika z tego że już dzisiaj ten sam objaw t.j. tak zwana skleroza rogu Ammona w przebiegu różnych chorób wykazuje różne objawy towarzyszące, wedle których można rozpoznać dane cierpienie. Te zmiany towarzyszące są różne w padaczce, parażeniu postępującem, encephalitis, chorobie Huntingtona.

Rozpoznanie epilepsji post mortem jest więc już dzisiaj możliwe z pewnem prawdopodobieństwem, o ile mamy do czynienia z padaczką wykazującą zmiany w rogu Ammona.

Zadaniem chwili jest obok badań genealogicznych, chemicznych i endokrynologicznych jak najdalej idące histopatologiczne i architektoniczne pogłębienie zmian występujących przy manifestacjach epileptycznych. Tu otwiera się rozległe pole dla współdziałania histopatologji i architektoniki, którym przy ogólnem zagadnieniu padaczki przypadnie rozstrzygające słowo.

(Z Kliniki Psychjatrycznej U. W. — Dyr. Prof. Dr. J. Mazurkiewicz).

Z HISTOPATOLOGJI PADACZKI.

podali

DR. FR. WICHERT i DR. R. DRESZER.

Sprawa zmian histopatologicznych, spotykanych w padaczce, szczególnie samoistnej, jest daleka jeszcze od zadowalniającego wyjaśnienia. Cały szereg zmian histopatologicznych, opisanych w padaczce i uważanych do pewnego stopnia za charakterystyczne dla tej sprawy, różnie jest oceniany. *Klarfeld* (*36*) uważa, że należy jeszcze wyjaśnić po pierwsze, czy wogóle w przypadkach, zaliczanych przez klinicystów do padaczki samoistnej, istnieją morfologicznie uchwytne zmiany mózgu, a po drugie, jeżeli takie istnieją, jak je należy oceniać: czy jako przyczynę, korrelat lub skutek klinicznie występujących objawów, czy też jako zmiany, nie pozostające w żadnym albo tylko w pośrednim stosunku do padaczki. Nawet w padaczce objawowej pozostaje nieznany czynnik, który w jednych przypadkach powoduje występowanie napadów padaczkowych, w innych zaś nie wywołuje ich. *Spielmeyer* (68), omawiając zmiany anatomiczne w padaczce, stara się odpowiedzieć na następujące pytania: 1) jakie zmiany stoją w związku z atakami epileptycznemi; 2) jak można ich powstanie wyjaśnić środkami badania anatomicznego; 3) czy można te dane użyć dla wyjaśnienia patogenezy napadu padaczkowego. Odpowiadając pozytywnie na dwa pierwsze pytania, co do trzeciego uważa, że zmiany, które są uważane za charakterystyczne dla padaczki, nie stoją w związku z objawami klinicznemi i nie przyczyniają się do wyjaśnienia patogenezy padaczki.

Jako zmiany charakterystyczne dla padaczki i to z pewnemi zastrzeżeniami, uważane są obecnie: glioza brzeżna *Chaslina* (*11*), skleroza rogu Amona, *Meynert* (*45*), *Bratz* (*8*), *Alzheimer* (*1*), *Turner* (*79*), gąszcz glejowy (Gliastrauchwerk) w móżdżku z jednoczesnem wy-

padnięciem komórek Purkinjego (*Spielmeyer* (68), *Sagel* (62)), komórki Cajal-Retziusa w I-ej warstwie kory. Zmiany w rogu Amona i w móżdżku *Spielmeyer* (68) tłómaczy gorszem unaczynieniem tych okolic mózgu, wywoływanem miejscowym skurczem naczyń, który poprzedza napad epileptyczny, przyczem ten autor w sąsiednich okolicach spostrzegał wyraźne przekrwienie. *Bratz* (8) nie uważa sklerozy rogu Amona za zmianę charakterystyczną dla padaczki, gdyż spotykał ją także w pewnej ilości przypadków porażenia postępującego; *Klarfeld* (36) widział ją również w pewnej ilości przypadków otępienia starczego. Zresztą róg Ammona wogóle jest szczególnie wrażliwy i skłonny do reagowania na wszelkie możliwe szkodliwości. *Chaslin* (11) uważa gliozę brzeżną jako zmianę pierwotną, będącą wyrazem zaburzeń rozwojowych, zaś według *Alzheimera* (1) jest ona rezultatem zastępczego rozrostu włókien glejowych na miejsce zniszczonych elementów miąższowych. Obecność komórek Cajal-Retziusa w I-ej warstwie kory jest przejawem mniejszej wartościowości danego układu nerwowego. Również obecność komórek nerwowych w białej istocie kory, a także nieostra granica między pierwszą a drugą warstwą kory, świadczą o mniejszej wartościowości układu nerwowego, lecz spotykane są w wielu schorzeniach mózgowych, wobec czego nie mogą być zaliczone do cech charakterystycznych padaczki. Inne zmiany, jak rozlane zmiany wsteczne w komórkach nerwowych i glejowych i zmiany naczyniowe, według obecnych zapatrywań nie mają w padaczce znaczenia etjologicznego, a są raczej następstwem napadów padaczkowych. Ta rozbieżność zdań w ocenie zmian histopatologicznych, spotykanych w padaczce, zdaje się usprawiedliwiać przedsiębranie dalszych badań w tym kierunku, wobec czego podajemy wyniki badania histopatologicznego 6-iu przypadków padaczki o następującem rozpoznaniu klinicznem:

I. padaczka bez wyraźnej etjologji,
II. padaczka samoistna,
III. padaczka alkoholowa,
VI. padaczka pourazowa,
V. porażenie postępujace ze status epilepticus w końcowem stadjum,
VI. padaczka Jacksona, (przypadek opisany w VIII-ym zeszycie Rocznika Psychjatrycznego).

I przypadek. Chora Kr. Helena, lat 15, dziedzicznie nieobciążona, 7-me dziecko z 14 rodzeństwa (kilka poronień u matki), na 3 tygodnie przed porodem obfity krwotok u matki. W dziesiątym roku życia dur plamisty, po którym zaczęły się drgawki. Źle słyszała i wi-

działa, źle wymawiała, uczyła się źle. Inteligencja wogóle mocno ograniczona. Dokuczliwa, uparta, nierówna, z dziećmi jednak lubiła się bawić. Zrenice zniekształcone, nie reagowały na światło i przystosowanie. RW. z krwią i płynem m.—rdz. ujemna. Zmarła w status epilepticus.

Rozpoznanie: Imbecillitas. Epilepsia. Lues congenita? Rozpoznanie sekcyjne: Hypertrophia excentrica cordis, praecipue dilatatio. Venostasis pulmonum, hepatis, renum. Haemorrhagiae punctatae subpleurales. Adhaesiones singulares durae matris cum cranio. Leptomeningitis basilaris levis gradus. Aorta angusta. Hypoplasia uteri. Hyperplasia apparatus lymphatici linagua, lienis, tonsillarum et lymphoglandularum colli.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy: Opony zgrubiałe miejscami z dużą ilością włókien pokręconych, miejscami zbitych w pęczki, barwiących się metodą van Giesona na czerwouo. Ilość komórek nie zwiększona. W warstwie I spotykamy dość często komórki nerwowe, ułożone równolegle do powierzchni kory (komórki Cajal-Retziusa). Nieco zwiększona ilość komórek o jądrach okrągłych, podłużnych i o nieprawidłowym kształcie małych, barwiących się ciemno (astrocyty włóknorodne i komórki Hortegi). Zwłóknienia obrzeżnego (gliozy) brak. Komórki nerwowe warstwy II i częściowo III przedstawiają następujący obraz: protoplazma jakby porwana, oddzielająca się od skurczonego o nieprawidłowych konturach jądra, nie zawiera ziarnistości Nissla, a na jej obwodzie widać skupienia substancji drobnoziarnistej, rozpylonej w postaci grudek lub drobnych ziarnek; często spotyka się komórki nerwowe o powyższym wyglądzie pozbawione jąder, często protoplazmą tworzy jedynie wąski rąbek przy otoczce komórkowej. Brzegi komórek nieostro odcinają się od otoczenia, zarysy nieprawidłowe z wgłębieniami i występami, jądra często blade, położone brzeżnie. W dolnych częściach warstwy III i III/IV-ej komórki blade z rozpadniętemi ziarnistościami Nissla, o nieprawidłowych konturach, nieostro odcinających się od otoczenia, jednak bez wyświetleń w części przyjądrowej protoplazmy. W warstwach V i VI-ej komórki nerwowe nieco ciemniejsze, wydłużone, o jądrze nie różniącem się w zabarwieniu od protoplazmy, ziarnistość Nissla wszędzie rozpadła. W istocie białej dość liczne komórki nerwowe wrzecionowate z nielicznemi satelitami. W istocie szarej natomiast ilość satelitów w dolnych warstwach minimalna, w górnych prawie żadna. Kierunek najdłuższej osi komórek nerwowych często nie jest prostopadły do powierzchni kory. Dość liczne luki w III-ej i V-ej warstwie kory, przeważnie w związku z naczyniami, lecz spotykają się także miejsca, gdzie tego związku nie widać. Pod małem powiększeniem V-ta warstwa robi wrażenie szczególnie zubożałej w komórki w postaci jaśniejszego pasa na całym preparacie. Poszczególne warstwy kory odróżniają się od siebie, jednak ułożenie komórek w okrębie poszczególnych warstw nie ma charakteru prawidłowości. W preparacie Herxheimera tłuszczu w komórkach nerwowych prawie niema, spotykają się zrzadka komórki nerwowe, które zawierają substancje, barwiące się szkarłatem bladożółto, barwa ta zaledwie daje się odróżnić od otoczenia. W glejowych komórkach tłuszczu niema. W ściankach, a czasem i w świetle naczyń spotykamy substancję, wyraźnie czerwono zabarwioną. W preparacie barwionym metodą Fajersteina-Bielschowskiego, widać rozmaite stadja rozpadu włókienek wewnątrzkomórkowych, przyczem w górnych warstwach kory najczęściej grudki i ziarenka ciemno zabarwione, skupione na obwodzie protoplazmy komórki, w dolnyc-

częściowo fragmentacja włókienek. Na granicy między istotą szarą i białą, częściowo— zajmując warstwę VI-ą najwybitniej w okolicy szczytu zwoju, widać znacznie zwiększoną ilość komórek pająkowatych, spęczniałych, powiększonybh w swej objętości, z licznemi i nieco zgrubiałemi wypustkami, z licznemi i często bardzo długiemi nóżkami, często widać oddzielone od komórek pęczki włókien glejowych (Weigerta); astrocyty często zgrupowane około naczyń. W głębi istoty białej nieliczne astrocyty, najczęściej niezmienione.

Płat skroniowy. Obraz podobny jak w płacie czołowym, jedynie zmiany nekrobiotyczne są mniejsze i sięgają płyciej, trochę więcej satelitów okołokomórkowych, zwłaszcza w dolnych warstwach.

Zwój środkowy przedni. Opony miejscami, szczególniej w okolicach rowków międzyzwojowych, zgrubiałe, naczynia zwłaszcza żylne rozszerzone, wypełnione krwią, widać krew i poza naczyniami, szczególniej między kora i oponą miękką; w oponach w miejscach zgrubień widać przeważnie włókna, metodą Van Giesona barwiące się na czerwono; na preparacie Nissla widać przeważnie komórki podłużne o jądrach rzadziej ciemnych, przeważnie jasnych, często bladych. W jednem miejscu, gdzie zgrubienie jest znaczniejsze, komórek jest znacznie więcej, jednak i tutaj widzimy tylko nieznaczną ilość komórek okrągłych, sporo komórek tucznych i sporo barwika zielonego. Tuż obok znajduje się większe wynaczynienie w oponie miękkiej i w przestrzeni pomiędzy oponą miękką i korą. Kora: w I-ej warstwie sporo komórek Cajal-Retziusa. II-a warstwa—nieco komórek z wyświetleniami naokoło jądra. We wszystkich warstwach jądra ciemne, przemieszczone ku obwodowi, rozpadanie się ziarnistości Nissla, z wyjątkiem komórek Betza, które mają rysunek ziarnistości Nissla wyraźniejszy, jądra czasem jasne, w większości jednak ciemne, brzeg protoplazmy niezawsze ostro odcina się od otoczenia, cienie komórek nieliczne. W III-ej i V-ej warstwie komórki nerwowe nie ułożone rzędami i niezawsze wierzchołkiem zwrócone do powierzchni kory. Liczne satelity szczególniej w III-ej i V-ej warstwach, tamże również skupienia komórek glejowych z częściowo zabarwioną protoplazmą. We wszystkich warstwach luki naokoło naczyń, a w III-ej i V-ej warstwach także luki, których związek z naczyniami jest niewidoczny. V-ta warstwa szczególnie zubożała w komórki, przedstawia się pod małym powiększeniem w postaci jasnego pasa widocznego na całym preparacie, znacznie wyraźniej niż w płacie czołowym. Na preparatach Fajersztajn-Bielschowskyego widać, że w komórkach nerwowych często widzimy ciemny rąbek na obwodzie, brak włókienek wewnątrzkomórkowych, które zachowane są tylko w komórkach Betza. Tłuszcz w naczyniach, mniej—w komórkach nerwowych, tylko nieliczne posiadają jasnożółto zabarwione miejsca. Włókna myelinowe zachowane. Astrocytów i zwłóknienia obrzeżnego brak. Hortega nie wyszedł (z materjału, utrwalonego w formalinie).

Zwój środkowy tylny. Opony jak wyżej, bez nacieków i mniej liczne wynaczynienia. Komórki nie ułożone rzędami, zwłaszcza w III-ej górnej, wierzchołki ich zwrócone często nie ku powierzchni kory. Luki w II, III, IV i V-ej warstwie przeważnie naokoło naczyń. V-ta warstwa i mniej III, również przedstawiają się w postaci jaśniejszych pasów, mniej wyraźnych niż w zwoju środkowym przednim. Dość liczne komórki Cajal-Retziusa w I-ej warstwie. W II i III-ej górnej zmiany nekrobiotyczne w komórkach nerwowych. Cienie komórek, jądra wszędzie ciemne, przemieszczone ku obwodowi. W V i VI-ej warstwie komórki nerwowe przeważnie skurczone, barwiące się ciemno, wypustki ich widoczne na dalekiej przestrzeni. Dużo satelitów. Stłuszczenie komórek nerwowych bardzo nieznaczne, w górnych warstwach prawie niewidoczne, duże stłuszczenie w ściankach naczyń, w nie-

których naczyniach istoty białej duże złogi tłuszczu w ściankach naczyń i ich świetle. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego widoczny jest brak włókienek wewnątrzkomórkowych. Włókna myelinowe (Spielmeyer) zachowane. Astrocytów i zwłóknienia obrzeżnego brak. Hortega nie wyszedł.

Regio calcarina. Opony znacznie zgrubiałe, jednak mniej niż w innych okolicach, naczynia rozszerzone, żyły wypełnione krwią. Luki we wszystkich warstwach, zwłaszcza znaczne około naczyń i największe w V i VI-ej warstwach. Komórki nerwowe o jądrach ciemnych, w III-ej i V-tej warstwach całe komórki ciemne z jądrem, nie różniącym się w zabarwieniu od protoplazmy. Rozpad ziarnistośc Nissla, niektóre komórki zawierają protoplazmę o piankowatej budowie, cienie komórek w III-ej warstwie. Dużo komórek Cajal-Retziusa w I-ej warstwie. Dużo satelitów: w I-ej warstwie zdarzają się skupienia komórek glejowych po kilka w postaci grudek. Stłuszczenie ścian naczyń. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego włókienek wewnątrzkomórkowych brak, sporo srebrochłonnej substancji na obwodzie komórek. Astrocytów i zwłóknienia obrzeżnego brak. Hortega nie wyszedł.

Róg Amona. Opony zgrubiałe, pojedyńcze wynaczynienia, naczynia wypełnione krwią i rozszerzone. Komórki nerwowe strati lucidi i piramidowe wszystkie wypełnione tłuszczem, barwiącym się metodą Herxheimera jaskrawo czerwono w postaci drobniutkich kuleczek; stłuszczenie naczyń bardzo znaczne. Luki w warstwie komórek piramidowych. Brak astrocytów. Hortega nie wyszedł. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego w niektórych komórkach ślady struktury włókienkowej, w większości brak tej struktury, komórki blade, jednolite, czasem o ciemniejszym rąbku, w wypustkach widać wyraźnie włókienka.

Jądra podstawy. Wzgórek wzrokowy. Komórki nerwowe miernie stłuszczone, brak struktury włókienkowej w komórkach, komórki zawierają (F.-B.) substancje srebrochłonne w postaci grudek lub ziarenek, rozsianych po całej protoplazmie. Naczynia zawierają częstokroć spore kulki tłuszczu w ściankach i świetle. Astrocyty i Hortega jak wyżej. Ilość naczyń wzmożona, naczynia (żyły) rozszerzone i wypełnione krwią. W jądrach regio subthalamica bardzo znaczne stłuszczenie wszystkich komórek. Jądro ogoniaste: nieznaczne stłuszczenie komórek nerwowych, naczynia stłuszczoue, wypełnione krwią i rozszerzone, jest ich więcej, wynaczynienia. Stłuszczenie wyściółki III-ej komory dość znaczne. Brak włókienek w komórkach. Około naczyń pojedyńcze astrocyty niezmienione. W niektórych miejscach komórki Hortegi o skąpych dość krótkich wypustkach; wypustki te nieco spęczniałe, czasem fragmentaryczne, nieforemne, zabarwione blado, jądra małe, dość ciemne o różnorodnych kształtach. W kuli bladej znaczne stłuszczenie komórek, mniejsze w łupinie; tłuszcz także w naczyniach i komórkach glejowych, w komórkach nerwowych obu tych jąder brak struktury włókienkowej. W okolicy między tractus opticus i kulą bladą znajduje się znacznie wzmożona ilość naczyń rozszerzonych, wypełnionych krwią o ściankach stłuszczonych, gdzie-niegdzie wynaczynienia. Brak astrocytów. Hortega nie wyszedł.

Most. Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone, wypełnione krwią, wynaczynienia liczne, miejscami dość rozległe. Nieliczne drobne wynaczynienia także i w tkance nerwowej.

Móżdżek. Liczne wypadnięcia komórek Purkinjego, w wielu miejscach chromatoliza, miejscami komórki ciemne, miejscami blade, często bardzo małe, w nielicznych miejscach zamiast komórek Purkinjego rozrost gleju (widoczny także na preparatach wedłng Van Giesona i Heidenhaina), w istocie korowej móżdżku poje

dyńcze miejsca ze zwiększoną ilością komórek glejowych (częściowo komórki Hortegi).

Komórki glejowe pająkowate w istocie rdzeniowej nieliczne (preparat według Cajala) o wypustkach krótkich, zniekształconych, częstokroć odłamanych jakby od samej komórki; w wielu miejscach widać jądra bardzo ciemno zabarwione, małe a wokół bez łącznosci z jądrem fragmenty włókien. W istocie szarej włókien ani komórek włóknorodnych nie stwierdzono, również niema zwłóknienia obrzeżnego. Mierne zgrubienie opon bez nacieków, dużo naczyń rozszerzonych i wypełnionych krwią.

Streszczenie badania mikroskopowego. Opony wszędzie zgrubiałe mniej więcej równomierne, naczynia opon rozszerzone, wypełnione krwią, wynaczynienia oponowe w okolicy gyr. centr. ant., cornu Ammonis i pons. W oponach w okolicy centr, ant, również stary organizujący się naciek. W oponach przeważają włókna, małe komórki, dużo komórek tucznych i zielonego barwika. W korze pierwsza warstwa—liczne komórki Cajal-Retziusa zwłaszcza w okolicy calcarina dość liczne komórki glejowe. W II i III-ej górnej zwłaszcza wyraźnie w płacie czołowym zmiany nekrobiotyczne w komórkach nerwowych, w III-ej dolnej zmiany o typie ostrym, w IV-ej miejscami, szczególnie w płacie czołowym, zmiany nekrobjotyczne, w V i VI-ej raczej o typie przewlekłym. Cienie komórek zwłaszcza w III-ej warstwie. Luki naogół we wszystkich warstwach w związku z naczyniami lub bez, najwybitniejsze w III-ej i V-ej warstwie w płacie czołowym i środkowym przednim, a w V i VI-ej w calcarina, w rogu Ammona luki mniejwięcej takie same jak w korze. V-ta warstwa szczególniej jest zubożała w komórki o charakterze warstwowego zubożenia szczególniej w płacie środkowym przednim, a mniej choć również wyraźnie w czołowym i środkowym tylnim. Wszędzie nieprawidłowe ułożenie komórek nerwowych. Stłuszczenie w korze bardzo nieznaczne o zabarwieniu blado-żółtawem; w miejscach, gdzie są zmiany nekrobjotyczne, stłuszczenia brak; w łupinie, jądrze ogoniastem wzgórku wzrokowym stłuszczenie niewiele większe, niż w korze, znaczne w kuli bladej i okolicy podwzgórkowej (regio subtalamica), największe w rogu Amona w postaci drobnych kuleczek, zajmujących często całą protoplazmę komórki. Wybitne stłuszczenie ścian naczyniowych wszędzie, gdzieniegdzie tłuszcz także w świetle naczyń. Satelitów niewiele, jedynie większa ilość w płacie środkowym, przednim i tylnym, gdzie spotyka się nawet kobierce glejowe w III i V-ej warstwach. Brak zwłóknienia obrzeżnego. W móżdżku miejscami zaznaczony rozpoczynający się gąszcz glejowy w warstwie drobinowej. W istocie białej brak astrocytów i włókien glejowych wszędzie

z wyjątkiem płatu czołowego, gdzie na granicy pomiędzy istotą szarą i białą, częściowo zajmując warstwę VI-ą, najwybitniej w okolicy szczytu zwoju, znajduje się miejsce, gęsto usiane astrocytami, które są większe od zwykle spotykanych. W istocie szarej także brak astrocytów z wyjątkiem jądra ogoniastego, gdzie spotykamy pojedyńcze astrocyty przy naczyniach. W tymże jądrze ogoniastym nieliczne komórki Hortegi, zmienione w sensie zmian wstecznych. Naczynia w korze i jądrach podkorowych wszędzie rozszerzone, wypełnione krwią, zwiększone w swej ilości; pojedyńcze wynaczynienia w jądrze ogoniastym i moście.

Zmiany stwierdzone w powyższym przypadku można podzielić na trzy grupy:

I) zmiany rozwojowe, II) przewlekłe i III) ostre. Do zmian rozwojowych można zaliczyć obecność komórek Cajal-Retziusa w I-ej warstwie kory i obecność komórek nerwowych w istocie białej kory. Do zmian przewlekłych zaliczamy zgrubienie opon i resztki nacieku w nich, obrazy, spotykane w komórkach nerwowych V i VI-ej warstw we wszystkich miejscach badanych kory, częściowe wypadnięcie V-ej warstwy kory i wspomniany rozrost komórek glejowych włóknorodnych, umiejscowiony na granicy istoty białej i szarej kory w płacie czołowym (ze środka I-ego zwoju płatu czołowego). Rozrost ten możnaby zaliczyć również do zmian rozwojowych. Jako ostre zmiany zakwalifikować należy różne zmiany w obrębie komórek nerwowych górnych warstw kory, jako to zmiany nekrobiotyczne, ostre i ciężkie schorzenie Nissla, stłuszczenie komórek nerwowych i glejowych, przekrwienie żylne i wynaczynienia. Wybitne stłuszczenie w naczyniach możnaby uważać również za zmiany przewlekłe lub też może podostre. Gąszcz glejowy w móżdżku zgodnie z zapatrywaniem *Sagla* (62) zaliczyliśmy do zmian ostrych, chociaż proces ten, jak wszelki proces reakcji glejowej wymaga dłuższego czasu.

Z powyższego opisu wynika, że w tym przypadku ze zmian histopatologicznych, uważanych za charakterystyczne dla padaczki, znaleźliśmy tylko zgrubienie opon z resztkami nacieków: komórki Cajal-Retziusa w I-ej warstwie, zmiany w komórkach nerwowych różnego rodzaju, zaznaczony gąszcz glejowy w móżdżku, rozszerzenie naczyń, luki w korze; nie znaleźliśmy natomiast zwłóknienia obrzeżnego oraz sklerozy rogu Amona, którego zmiany w naszym przypadku nie są sklerotyczne. Przebieg kliniczny oraz dane badania histopatologicznego wskazują, że jest to przypadek padaczki obja-

wowej, powstałej być może na tle przebytego zapalenia opon po którem, jak wiemy, może występować padaczka objawowa.

II przypadek, Chora Kaz. Katarzyna, lat 26, ojciec alkoholik, pozatem obarczenia brak. Jest trzeciem dzieckiem z 9-ga rodzeństwa (6-ro zmarło w dzieciństwie), w dzieciństwie przechodziła dyzenterję, menses w 14-ym roku życia. Również w 14-ym roku życia po przestrachu zaczęły się napady padaczkowe, z początku bardzo częste, przed niemi rozdrażnienie, po nich zamroczenie. Chora wykazuje ubytki intelektualne, zwolniony bieg myśli, charakter kłótliwy, porywczy, skora do bicia. Zmarła 20.I.1924 r. z rozpoznaniem: epilepsia genuina.

Badanie sekcyjne wykazało: Caverna ad apicem sinistram magnitudine ovi columbae. Pleuritis fibrinosa dextra. Calcificatio glandularum mesenterii et peribronchialum. Degeneratio adiposa organum. Hyperaemia cerebri.

Badanie mikroskopowe: Płat czołowy. Opony nieco zgrubiałe, naczynia rozszerzone i wypełnione krwią, barwik zielony poza naczyniami w znacznej ilości. W pierwszej warstwie kory brak komórek Cajal-Retziusa, drobne komórki w niewielkiej ilości, przeważnie ciemne, o owalnej lub podłużnej konfiguracji. W warstwie II-ej i częściowo III-ej niektóre komórki z wyświetleniami około jądra. W dalszych warstwach (z wyjątkiem VI-ej) wszystkie komórki bardzo blade, wyżarte, liczne cienie komórek nerwowych; bardzo dużo satelitów, często po kilka koło komórki nerwowej, miejscami rozetki, składające się z komórek glejowych.

Luki w III-ej i V-ej warstwie. Stłuszczenie minimalne w nielicznych komórkach, większe stłuszczenie naczyń. Komórki glejowe pająkowate licznie reprezentowane w istocie białej, pojedyńcze w VI-ej warstwie kory. Zwłóknienie obrzeżne nieznacznego stopnia.

Zwój środkowy tylny. Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone i wypełnione krwią, barwik zielony poza naczyniami, nieliczne chromatofory. W I-ej warstwie kory zwiększona ilość drobnych komórek, ułożonych często rzędami na samym brzegu kory pod oponą miękką, pojedyńcze komórki Cajal-Retziusa w stanie chromatolizy lub w stanie ciężkiego schorzenia. Dość liczne drobne komórki, przeważnie ciemne o owalnej, podłużnej lub nieprawidłowej konfiguracji jądra. W II-ej i częściowo III-ej warstwie wiele komórek o jądrze ciemnem, homogennem, z mniej lub więcej znacznemi wyświetleniami w protoplazmie przyjądrowej. Podobne zmiany w IV-ej warstwie. W dolnych okolicach III-ej warstwy i w V-ej i VI-ej warstwach komórki pokurczone, ciemne, czasem z wyżarciami w protoplazmie, w dolnych warstwach jądra komórek nerwowych często blade, bardzo dużo satelitów, gdzieniegdzie rozetki, składające się z komórek glejowych. Luki w III-ej i V-ej warstwach. V-ta warstwa przedstawia się pod małym powiększeniem w postaci jaśniejszego pasa. Stłuszczenie minimalne w nielicznych komórkach nerwowych, większe stłuszczenie naczyń. Komórki glejowe pająkowate liczne w istocie białej, pojedyńcze w VI-ej warstwie kory.

Zwłóknienie obrzeżne nieznacznego stopnia.

Zwój środkowy przedni. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego struk-

tura dużych komórek nerwowych zachowana, w innych komórkach nerwowych włókienka wewnątrzkomórkowe rozpadłe lub zbite. Stłuszczenie, jak w wyżej opisanych płatach. Ilość komórek glejowych pająkowatych w istocie białej jak wyżej, w istocie szarej brak ich. Zwłóknienie obrzeżne znaczniejsze.

Regio calcarina. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego brak włókienek wewnątrzkomórkowych, tylko w niektórych komórkach są one zachowane. Stłuszczenie takie, jak w innych okolicach kory. W istocie białej liczne komórki glejowe pająkowate. Znaczniejsze niż w innych okolicach zwłóknienie obrzeżne. Róg Ammona. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego brak struktury włókienkowej w komórkach nerwowych. Wybitne stłuszczenie komórek nerwowych; wszędzie we wszystkich warstwach tłuszcz w naczyniach. Glioza brzeżna. Liczne komórki glejowe pająkowate w istocie szarej zwłaszcza naokoło naczyń.

Jądra podstawy. W jądrze ogoniastem i łupinie stłuszczenie komórek nerwowych większe niż w korze, w kuli bladej największe. Rozrostu gleju brak.

Móżdżek. W warstwie komórek Purkinjego widać liczne luki. Spowodowane wypadnięciem poszczególnych komórek; oprócz tego na granicy pomiędzy warstwą komórek Purkinjego a warstwą ziarnistą widać miejscami wyjaśnienia w postaci wązkich pasków pozbawionych elementów morfotycznych, ułożonych równolegle do brzegu warstwy ziarnistej i nie posiadających, zdaje się żadnego związku z wypadnięciem komórek Purkinjego. W warstwie drabinowej ilość komórek glejowych jest zwiększona, jednak nie posiada charakteru gąszczu glejowego.

Streszczenie badania mikroskopowego. Opony zgrubiałe, rozszerzone i wypełnione krwią. W oponach komórek bardzo mało, przeważają włókna. Zielony barwik poza naczyniami, nieliczne chromotafory. Zwłóknienie obrzeżne wogóle nieznaczne, większe w rogu Amona i regio calcarina. Nieliczne komórki Cajal-Retziusa w I-ej warstwie nie we wszystkich płatach. W II-ej i częściowo III-ej warstwie część komórek z objawami nekrobiozy. W III-ej warstwie zmiany o typie ostrym. W V i VI-ej—zmiany wybitnie przewlekłe zwłaszcza w płacie czołowym. Dużo satelitów w dolnych warstwach. Luki w III i V-ej warstwach, związek ich z naczyniami nie jest widoczny; w zwoju środkowym tylnym zabużenie V-ej warstwy w komórki o charakterze ciągłym. Stłuszczenie komórek nerwowych kory minimalne, większe w jądrach podstawy, przyczem różnica stopnia stłuszczenia w neo- i palaeostriatum bardzo nieznaczna, najwybitniejsze jedynie w rogu Amona. Stłuszczenie naczyń wszędzie większe, niż elementów nerwowych. Komórki glejowe pająkowate w istocie szarej kory niewidoczne za wyjątkiem rogu Amona, w którym owszem są liczne, zwłaszcza około naczyń. W istocie białej komórki glejowe pająkowate wszędzie liczne. W móżdżku zwiększona ilość komórek glejowych w warstwie drabinowej, zmniejszona ilość komórek Purkinjego i wyjaśnienia na brzegu warstwy ziarnistej.

Jak widać z powyższego opisu, przypadek ten różni się od poprzedniego tem, że zawiera więcej cech, uznawanych za charaktery-

styczne pod względem histopatologicznym dla padaczki, mianowicie pewien stopień zwłóknienia obrzeżnego oraz rozrost elementów glejowych w rogu Amona i zanik w nim elementów nerwowych, a więc rozpoczynającą się sklerozę rogu Amona. Obecność zielonego barwika poza naczyniami w oponach i chromatoforów możnaby wytłómaczyć przebytemi wynaczynieniami oponowemi. Zgrubienie opon, spotykane we wszystkich badanych miejscach, wskazuje na możliwość przebytej sprawy zapalnej w oponach, co obalałoby kliniczne rozpoznanie padaczki samoistenej i zmuszałoby do traktowania go jako przypadku padaczki objawowej. Należy jeszcze podkreślić przewlekłość zmian w komórkach nerwowych dolnych warstw kory podobnie, jak w poprzednim przypadku, szczególnie widoczne w płacie środkowym tylnym w postaci warstwowego wypadnięcia V-ej warstwy.

III przypadek. Chory Dr. Edward, lat 60, potator, kłótliwy, zaniedbujący rodzinę, oskarżał żonę o zdradę. Jedno dziecko, cierpiące na padaczkę, niedorozwinięte. Od kilkunastu lat cierpiał na napady padaczkowe, często do 2 napadów dziennie. Od pół roku kilka stanów zamroczenia z gwałtownością, w międzyczasie lęki. Po kilkunastodniowym pobycie w klinice zmarł 10.IX.1925 z rozpoznaniem: Arteriosclerosis. Epilepsia alcoholica. Amentia.

Badanie sekcyjne wykazało: Leptomeningitis chronica fibrosa. Atrophia gyrorum cerebri. Hydrocephalus externus. Hypoplasia cordis et aortae. Sclerosis aortae. Myofibromatosis et lipomatosis musculi cordis. Infiltratio adiposa hepatis. Venostasis et induratio venostatica lienis et renum. Degeneratio cystica renum.

Badanie mikroskopowe: Płat czołowy. Opony zgrubiałe, naczynia wypełnione krwią, rozszerzone. Na preparatach Van Giesona widać, że w oponach zgrubienie powodowane jest znacznem zwiększeniem ilości włókien, barwiących się na różowo wśród których spotyka się komórki podłużne. W I-ej warstwie brak komórek Cajal-Retziusa, wzmożona ilość komórek glejowych na samym brzegu kory. Jądra małe, kształtu okrągłego, podłużnego nieprawidłowego, ciemne zabarwione, często widoczny rąbek protoplazmy. Miejscami skupienia po kilka komórek. Komórki II-ej warstwy o jądrach bardzo ciemnych, często zupełnie jednolitych, bez widocznej struktury, protoplazma jaśniejsza, wyjaśnienia w okolicy przyjądrowej, rozpad ziarnistości Nissl'a. Komórki III-ej warstwy ciemne z jądrem ciemniejszym od protoplazmy, protoplazma na obwodzie postrzępiona. IV-a warstwa jak II-a, prócz tego zielony barwik w naczyniach. W V i VI-ej warstwach poza obrazem analogicznym do III-ej spotykamy często wąskie komórki nerwowe z wypustkami daleko widocznemi. We wszzstkich warstwach widać cienie komórek; dużo satelitów, szczególnie w głębszych warstwach; rozetki. Duże stłuszczenie degeneracyjne komórek nerwowych, kuleczki tłuszczowe zajmują często prawie całą protoplazmę, spotykają się także w komórkach glejowych, w naczyniach tłuszczu stosunkowo niedużo, spotykają się także luźnie leżące skupienia tłuszczu. Zwłóknienie obrzeżne nieznacznego stopnia. Astrocytów w korze brak, w istocie białej pojedyńcze niezmienione.

Luki w II, III i V-ej warstwach, często naokoło naczyń. Komórki nerwowe wierzchołkami zwrócone w różnych kierunkach. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego włókienek wewnątrzkomórkowych nie widać. Stosunki w innych płatach kory podobne, jak w czołowym, z tą różnicą, że w płacie skroniowym wyświetlenia i rozpad protoplazmy w komórkach górnych warstw jest mniejszy. Luki wszędzie wyraźne. W zwoju środkowym tylnym zlewają się w jaśniejsze pasmo, świadczące o częściowem wypadnięciu V-ej warstwy w tem miejscu. Stłuszczenie we wszystkich okolicach znaczne za wyjątkiem zwojów środkowych lewych, w których, stłuszczenie wprawdzie wyraźne w naczyniach, komórkach nerwowych i glejowych, ale o zabarwieniu bledszem, niejaskrawo czerwonem, a żółtawem. Opony jak w czołowym.—Róg Amona. Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone i wypełnione krwią, nacieków brak. Budowa strati lucidi nie wykazuje wyraźnych luk, komórki nerwowe blade, o jądrze ciemnem, często z wyraźną otoczką jądrową, brzegi protoplazmy nie ostro odcinają się od otoczenia, w okolicach przyjądrowych wyświetlenia; — brak ziarenek Nissla. Na preparatach Herxheimera widać, że niema komórki nerwowej niestłuszczonej, przyczem tłuszcz zajmuje często całe ciało komórki przykrywając nawet jądro. Stłuszczenie naczyń bardzo znacznego stopnia, zwłaszcza w oponie. Stłuszczenie komórek glejowych. Widać cienie komórek nerwowych. Zwłóknienie obrzeżne wybitne, przerost włókien gjejowych w całej tkance, bardzo liczne astrocyty, zgrupowane przeważnie koło naczyń w istocie szarej; w istocie białej także glioza.

Jądra podstawy. W łupinie, claustrum i jądrze ogoniastym komórki nerwowe blade o ciemnych jądrach — stłuszczenie w komórkach nerwowych duże (jak w korze), drobne kuleczki tłuszczu zajmują większą część protoplazmy. Stłuszczenie naczyń. Gdzieniegdzie przy naczyniach w istocie białej pojedyńcze astrocyty. W kuli bladej stłuszczenie komórek nerwowych bardzo duże, dochodzące prawie do tego stopnia, co w rogu Amona. Duże stłuszczenie naczyń. Astrocytów brak. Wzgórek wzrokowy: stłuszczenie komórek nerwowych zwłaszcza wybitne w jądrach regjo subthalamica. Brak astrocytów.

Móżdżek. W warstwie komórek Purkinjego widać luki na miejscu wypadniętych komórek, w niektórych miejscach w warstwie drobinowej widać zwiększoną ilość komórek glejowych, składających się czasami na podobieństwo pasmowatych skupień, idących prostopadle do brzegu zwoju.

Streszczenie badania mikroskopowego Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone i wypelnione krwią. Zgrubienie składa się z włókien i nielicznych komórek podłużnych. W I-ej warstwie brak komórek Cajal-Retziusa, nieznaczne zwłóknienie brzeżne. W II-ej i częściowo IV-ej warstwach początki nekrobiozy. W III-ej warstwie obraz ciężkiego schorzenia Nissla, w V i VI-ej zmiany przewlekłe w komórkach nerwowych. Dużo satelitów i rozetki zwłaszcza w głębszych warstwach.

Duże stłuszczenie degeneracyjne komórek nerwowych i glejowych z wyjątkiem płatów środkowych, których barwa stłuszczenia jest żółtawa. Duże stłuszczenie naczyń. Luki w II, III i V-ej warstwach, często około naczyń, szczególnie wyraźne w V-ej warstwie zwoju środkowego tylnego. Olbrzymie stłuszczenie komórek nerwo-

wych i glejowych w rogu Amona, kuleczki tłuszczu przykrywają całe komórki wraz z jądrem. Luk w rogu Amona nie stwierdzono. Stopień stłuszczenia komórek nerwowych w palaeostriatum i regio subthalamica większy, niż w neostriatum; stłuszczenie to charakterem swym zbliżone do jest do stłuszczenia w rogu Amona. Stłuszczenie w neostriatum i w thalamus opticus jak w korze. Astrocytów w istocie szarej kory brak, nieliczne około naczyń w istocie białej. Glioza całego rogu Amona, najwybitniejsza w warstwie brzeżnej, bardzo liczne astrocyty przeważnie około naczyń w istocie szarej. W móżdżku—zmniejszenie ilości komórek Purkinjego i zaznaczony gąszcz glejowy.

Badanie histopatologiczne w tym przypadku potwierdza rozpoznanie kliniczne, mianowicie mamy tu do czynienia z padaczką objawową, o czym świadczy zgrubienie opon jako wyraz przebytego, być może, zapalenia opon lub alkoholizmu. Z cech histopatologicznych, charakterystycznych dla padaczki, mamy tutaj rozszerzenie naczyń, sklerozę rogu Amona, zwłóknienie obrzeżne, wybitne jednak tylko w rogu Amona, a nieznaczne w innych badanych okolicach; gąszcz glejowy w móżdżku jest tylko zaznaczony, brak natomiast komórek Cajal-Retziusa w I-ej warstwie kory. Ze zmian w komórkach nerwowych podkreślić należy przewlekły charakter zmian w dolnych warstwach kory w przeciwieństwie do ostrego charakteru zmian w górnych warstwach kory.

IV-ty przypadek. Chory Jaw. Włodzimierz 1.16, bez obarczenia. Na 5 lat przed śmiercią uraz w głowę przy upadku z drzewa, dwa tygodnie potem ataki padaczkowe, w rok potem operacja na czaszcze, po której ataki stały się częstsze. Otępienie intelektualne zauważono od czasu operacji. W chorobie nierówny gwałtowny. Przybył w stanie zamroczenia; w czasie pobytu zjawiły się objawy oponowe z podwyższoną temperaturą. Zmart 23. I., 1926 r. z rozpoznaniem: Epilepsia symptomatica (post trauma). Meningitis. Badanie sekcyjne wykazało: Lepto — et pachymeningitis chronica fibrosa. Haemorhagiae multiplices piae matris in regione temporali et occipitali sinistra. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Zgrubienie opon zwłaszcza koło naczyń i w okolicach rowków międzyzwojowych bardzo znacznego stopnia. W oponach stosunkowo niewielka ilość komórek o jądrach podłużnych, opony składają się przeważnie z dużej ilości włókien, zabarwionych Van Giesonem na czerwono. Naczynia zwłaszcza żyły, znacznie rozszerzone, wypełnione krwią. Naokoło naczyń barwik zielony leżący luźno, a przeważnie w długich komórkach, których protoplazma w całości zabarwiona jest na ciemnozielono (chromatofory). W I-ej warstwie kory bardzo liczne komórki glejowe z zabarwioną częściowo protoplazmą, często w skupie-

niach po kilka. Obecność komórek Hortegi. Brak komórek Cajal-Retzius'a w I-ej warstwie kory. Budowa warstwowa kory zachowana z tem, że niema prawidłowego ułożenia komórek nerwowych w warstwie II i V-ej, wierzchołki komórek piramidowych zwrócone są w różnych kierunkach, luki. Komórki nerwowe przeważnie ciemno zabarwione, jądra często pofałdowane, nieco bledsze, spotykają się cienie komórek, i komórki z daleko zabarwioną wypustką, rozpad ziarnistości Nissl'a. Olbrzymia ilość satelitów, dochodząca do 4—5 koło jednej komórki nerwowej, większa w dolnych warstwach. Wszędzie liczne komórki Hortegi, często w charakterze satelitów. Stłuszczenie komórek nerwowych zwłaszcza w dolnych warstwach, stłuszczenie komórek glejowych, duże stłuszczenie naczyń. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego widać brak struktury włókienkowej w komórkach nerwowych, protoplazma często bardzo ciemna, jakby wypełniona substancją srebrochłonną. W warstwie I-ej widać sporo astrocytów, które układają się rzędami tuż na brzegu kory. Gęstość włókien zmniejsza się w kierunku od powierzchni wgłąb. W istocie szarej pojedyńcze astrocyty około naczyń, na granicy istoty szarej i białej, sięgając VI-ej warstwy kory, liczne astrocyty w stanie rozrostu, liczne włókna Weigerta; w istocie białej—rozrost włókien i komórek glejowych.

Płat skroniowy. Opony zgrubiałe wszędzie, w bruzdzie w oponie miękiej rozległe wynaczynienie, opony wszędzie przesiąknięte krwią, zawierają pojedyńcze komórki tuczne, zielony barwik i chromatofory przy naczyniach. W I-ej warstwie kory zrzadka spotykają sią pojedyńcze komórki Cajal-Retzius'a, pozatem, jak w czołowym, dużo komórek o bladych jądrach, z rąbkami protoplazmy; w górnych warstwach komórki bledsze, w dolnych ciemne. Stopień stłuszczenia i zachowanie się gleju jak w płacie czołowym.

Zwój środkowy przedni. Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone i wypełnione krwią, chromatoforów i wynaczynień brak. W I-ej warstwie kory liczne skupienia komórek glejowych, komórek Cajal-Retziusa brak. Na przedłużeniu brzegu kory wgłąb mózgu spotyka się okolicę, różniącą się w budowie od normalnego wyglądu kory. Okolica ta zaczyna się od dna brózdy, idżie prostopadle wgłąb kory, zajmując poczatkowo przestrzeń, odpowiadającą warstwie I i II-ej po obydwu stronach bruzdy. Zajmuje połowę przestrzeni warstwy III-ej i w tem miejscu zakręca łukiem (pod kątem prawie prostym) w bok, przekraczając warstwę IV-tą i dochodząc do połowy V-ej. Szerokość tego wzoru mniej więcej jednakowa na całym przebiegu. Na szeregu preparatów konfiguracja tego tworu jest różna. Na jednym jak wyżej, na innych zagięcie jest wyżej lub niżej, i kąt zagięcia jest bardziej rozwarty. Granica dolna niezawsze dochodzi do połowy warstwy V-ej, w niektórych nie przekracza IV-ej. Pod małem powiększeniem widać, że okolica ta jest usiana drobnemi komórkami okrągłemi, owalnemi i podłużnemi, których gęstość jest większa, niż w warstwie I-ej, brak w niej komórek nerwowych. Gęstość komórek zwiększa się w kierunku od powierzchni wgłąb i osiąga maximum w miejscu zagięcia. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego struktury włókienkowej w komórkach nerwowych brak, komórki bardzo ciemne. Zwłóknienie obrzeżne i obecność astrocytów w I-ej warstwie kory i w istocie białej.

Zwój środkowy tylny. Opony zgrubiałe szczególnie w rowkach międzyzwojowych, naczynia rozszerzone i wypełnione krwią, dużo chromatoforów około naczyń, pojedyńcze komórki tuczne, dużo włókien czerwonych (Van Gieson). W I-ej warstwie zwiększona ilość komórek glejowych, pojedyńcze komórki Cajal-Retzius'a; następne warstwy, jak w czołowym, wszystkie komórki nerwowe ciemne, otoczki jąder pofałdowane, rozpad ziarnistości Nissla, dużo satelitów (szczególnie w III-ej

warstwie), komórki Hortegi, dużo komórek glejowych o jądrach bladych, napęczniałych, wszędzie widoczne rąbki protoplazmy. Stłuszczenie komórek nerwowych nieduże, większe w naczyniach. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego komórki nerwowe wąskie, brak włókienek wewnątrzkomórkowych. Zwłóknienie i astrocyty jak w płacie środkowym przednim Budowa architektoniczna kory nieco zatarta, spore luki (może nieco większe, niż w innych okolicach, szczególnie w III-ej warstwie).

Regio calcarina. Opony zgrubiałe na całej przestrzeni, brak chromatoforów, pojedyńcze komórki tuczne, miejscami większe skupienia komórek podłużnych ciemnozabarwionych. W I-ej warstwie duża ilość komótek glejowych, często w skupieniach po kilka, pojedyńcze komórki Cajal-Retziusa, brzeg kory nieco ciemniej zabarwiony od reszty I-ej warstwy i pozbawiony komórek. Inne warstwy jak wyżej, z wyjątkiem mniejszej ilości satelitów; pofałdowane otoczki jąder komórek nerwowych w V-ej warstwie. Stłuszczenie komórek nerwowych bardzo małe, większe w naczyniach. Astrocyty liczne w I-ej warstwie i w istocie białej, w I-ej warstwie dużą ilość włókien.

Róg Amona. W stratum lucidum zmniejszona ilość komórek piramidowych. Stłuszczenie wszystkich komórek nerwowych; kuleczki tłuszczu zajmują często całą protoplazmę komórek, stłuszczenie naczyń. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego komórki ciemne, protoplazma ich zawiera dużo ciemnych ziarenek, włókienek wewnątrzkomórkowych brak. Duża ilość astrocytów w istocie szarej, zwłaszcza koło naczyń. Zwłóknienie obrzeżne znaczne.

Wyspa. Stłuszczenie komórek nerwowych znaczne, również stłuszczenie naczyń. Znacznego stopnia zwłóknienie obrzeżne, liczne astrocyty w istocie białej, sięgające dolnych warstw kory.

Jądra podstawy. Komórki nerwowe ciemne, pofałdowane jądra, stłuszczenie komórek nerwowych i naczyń w kuli bladej i regio subthalamica takie jak w wyspie; w łupinie, jądrze ogoniastem i wzgórku wzrokowym—nieznaczne. Astrocytów brak. Hortega nie wyszedł (z formaliny).

Móżdżek. Zgrubienie opon, naczynia zwłaszcza żylne rozszerzone i wypełnione krwią. Zmniejszona ilość komórek Purkinje'go. Miejscami zwiększona ilość komórek glejowych w warstwie drobinowej, tamże duża ilość komórek Hortegi z wypustkami, zabarwionemi na preparatach Nissl'a.

Streszczenie badania mikroskopowego. Zgrubienie opon znaczne na całej przestrzeni, składające się z włókien. Naczynia rozszerzone, wypełnione krwią, pojedyńcze wynaczynienia w płacie skroniowym i potylicowym, tamże oppny przesiąknięte krwią, wszędzie barwik zielony, liczne chromatofory, pojedyńcze komórki tuczne. W I-ej warstwie pojedyńcze komórki Cajal-Retziusa, zwłóknienie obrzeżne dość znacznego stopnia. W III-ej warstwie zmiany w komórkach nerwowych zbliżone do ciężkiego schorzenia Nissl'a. W dolnych warstwach (V—VI) raczej przewlekłe, komórki z jądrami pofałdowanemi. Ogromna ilość komórok glejowych wszędzie wyraźne. Duże stłuszczenie naczyń. Stłuszczenie komórek nerwowych w rogu Amona i jądrach podstawy znaczniejsze, niż w korze, z wyjątkiem neostriatum i thalamus. W rogu Amona w stratum lucidum zmniejszona

ilość komórek piramidowych. Zwłóknienie obrzeżne wszędzie, również i w rogu Amona, dużo astrocytów w białej istocie kory, które sięgają VI-ej warstwy, w rogu Amona także w istocie szarej zwłaszcza koło naczyń. Dużo komórek Hortegi w korze pólkul mózgu i móżdżku, widocznych nawet na preparatach Nissl'a. W móżdżku zmniejszona ilość komórek Purkinjego i zwiększona ilość komórek glejowych w warstwie drobinowej. W płacie środkowym przednim blizna, idąca od dna bruzdy wgłąb kory, sięgając prawie VI-ej warstwy, w połowie III-ej zakręcają pod kątem prawie pzostym wbok,—blizna stara, wypełniona komórkami i włóknami łącznotkankowemi i glejowemi, pozbawiona w zupełności komórek nerwowych. Przypadek ten wykazuje prawie wszystkie cechy histopatologiczne, charakterystyczne dla padaczki, mianowicie znaczne zwłóknienie obrzeżne, sklerozę rogu Amona, pojedyńcze komórki Cajal-Retziusa w I-ej warstwie kory; gąszczu glejowego co prawda nie stwierdzono, ale stwierdzono zwiększoną ilość komórek glejowych w warstwie drobinowej móżdżku i zmniejszoną ilość komórek Purkinjego. Oprócz tego stwierdzono zgrubienie opon, rozszerzenie naczyń, wynaczynienie w oponach starszej i świeższej daty; zmiany w komórkach nerwowych są naogół cięższe, niż w poprzednich przypadkach, jednak z pewną wyraźną przewagą zmian przewlekłych w dolnych warstwach kory; rozrost elementów glejowych również i w korze, najwybitniejszy w dolnych warstwach kory. W płacie środkowym przednim jest blizna, idąca od powierzchni kory i dochodząca do V-ej warstwy. Badania mikroskopowe w tym przypadku w zupełności potwierdziło rozpoznanie kliniczne padaczki objawowej.

Przypadek V. Chory L. Roch, lat 49, porażenie postępujące. Zmarł po trzydniowym status epilepticus 4. X. 1927. Badanie sekcyjne wykazało: Atrophia fusca myocardii. Arteriosclerosis cum calcificationibus praecipue aortae ascendentis et aa. coronarium. Offuscatio parenchymatosa et atropia hepatis et renum. Foci multiplices cicatrisationis cum calcificatione pulmonum. Adhaesiones pleurales. Cicatrisatio tonsillarum. Situs sigmoideae dexter prope coecum. Oedema meningum.

Badanie mikroskopowe. Zmiany produktywne (łącznotkaukowe) w oponach na całej przestrzeni badanej kory. W płacie czołowym liczne nacieki okrągłokomórkowe z dużą ilością komórek plazmatycznych, znajdujące się tuż nad korą; ku tyłowi mózgu ilość nacieków zmniejsza się. W samej korze i w istocie białej w płacie czołowym bardzo liczne i spore nacieki około większych naczyń, również z dużą ilością komórek plazmatycznych; nacieki te są bardzo liczne, zwłaszcza w korze, mianowicie poczynając od III-ej warstwy wgłąb najliczniejsze może w V-ej warstwie; dalej ku istocie białej ilość nacieków nieco się zmniejsza. W zwoju środkowym

przednim ilość nacieków może nieco mniejsza, niż w czołowym. W płatach ciemieniowym i potylicowym spotykamy nacieki gdzieniegdzie i to w postaci drobnych grupek limfocytów z pojedyńczemi komórkami plazmatycznemi. W naczyniach samych zmiany degeneracyjne, dość duże stłuszczenie, bujanie naczyń włoskowatych. W obrazie Nissl'a pod małym powiększeniem widzimy, że górne warstwy kory (I-a i II-a) stosunkowo dobrze są zachowane; natomiast poczynając od III-ej warstwy rysunek i uwarstwienie kory zupełnie zatarte, kierunek komórek nerwowych natyle różnolity, że kora przyjmuje zupełnie nieprawidłowy wygląd, pozatem widać duże zubożenie kory w komórki nerwowe aż do wyraźnych luk włącznie. Pod większem powiększeniem widzimy, że komórki nerwowe uległy daleko idącym zmianom, jądra najczęściej dość ciemne, zlewają się w swem zabarwieniu z protoplazmą, zanik błony jądrowej, protoplazma mniej lub więcej intensywnie zabarwiona, zależnie od stadjum zmian w komórce, ciałka Nissl'a niedostrzegalne, rozpuszczone lub widoczne jedynie w postaci pyłu, kształt komórki rzadko zachowany, często komórki jakby pokurczone, często komórka już o nieprawidłowym zarysie wykazuje gąbczastą budowę, w innych widzimy jakby wyżarcia. Wyżarcia te mogą dochodzić do takich rozmiarów, że pozostawiają jedynie niewielki rąbek protoplazmy około jądra, czasem znowu pozostają jedynie niewielkie resztki komórki, lub jakby blade ślady konturów, (cienie komórek). Wypustki komórek nerwowych stosunkowo zachowanych barwią się intensywniej, niż normalnie, i na stosunkowo dużej przestrzeni niektóre z nich mają przebieg lekko falisty, widać także fragmenty włókien zabarwionych, czasem można się domyśleć łączności ich z cieniem komórki. W preparatach, barwionych na tłuszcz metodą Herxheimera, widzimy, że sporo komórek zawiera w swej protoplazmie mniejsze lub większe masy tłuszczu (nietylko w okolicy plamki barwikowej) w postaci drobnych ziarenek lub większych kulek tłuszczu. Wszystkie te wyżej wymienione zmiany w komórkach nerwowych najintensywniej są wyrażone w płacie czołowym i zwoju środkowym przednim, choć i w pozostałych miejscach badanych ich nie brak, przyczem ostre zmiany ogniskują się przeważnie w górnych warstwach (zwłaszcza III-ej), ku dołowi przechodzą zaś w zmiany przewlekłe. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskyego komórki wyglądają blado, często bez charakterystycznej struktury włókienkowej, lub wypełnione ziarenkami, powstałemi i rozpadniętych włókienek; w innych włókienka zbijają się w ciemne nieprawidłowe grudki; jedynie w płatach potylicowych widzimy jeszcze sporo komórek z zachowaną strukturą włókienkową. W preparatach Spielmeyera widzimy zanik włókien tangencjalnych i przerzedzenie rozlane, świadczące o zaniku myeliny.

Glej naogół wykazuje wybitne cechy bujania. Komórki pająkowate włóknorodne, zarówno jak i protoplazmatyczne, bujają zwłaszcza w korze, zapełniając luki powstałe wskutek wypadnięcta komórek nerwowych, jednak w sposób nadmierny. Zwłaszcza dotyczy to komórek pająkowatych protoplazmatycznych, które w całej korze, a może najwybitniej w środkowych warstwach tworzą często tak zwany kobierzec glejowy, przyczem zatracają najczęściej swój protoplazmatyczny charakter, przetwarzając się w postać włóknorodną (Faserbildner Jakoba); tworzą przytem potężne wypustki (nóżki naczyniowe), dochodzące do potwornej grubości i długości — nóżki te grupują się około naczyń w postaci formalnych gwiazd. Spotykamy nierzadko postacie prawie monstrualne, przypominające poniekąd komórki, spotykane w sclerosis tuberosa (Bielschowsky). W wielu miejscach spotykamy całe grupy takich komórek, ściśle przylegających do siebie jądrami (na preparacie Cajala): odpowiadają one kobiercowi glejowemu z preparatów Nisslla (spostrzeżenie *Cajala* (*10*)). Obraz mikroskopowy w tym przypadku potwierdza również i inne spostrzeżenie

Cajala (*10*) — a mianowicie komórki te wykazują pewne, jak on to nazywa, biegunowe zachowanie się: strona zwrócona do naczynia posiada szereg najczęściej grubych wypustek, natomiast strona przeciwna posiada jedynie włókienka cienkie, a często wcale nie wytwarza wypustek. Nóżek posiadają zwykle więcej niż jedną, czasem rozwidlone, czasem widać nawet komórki, wysyłające nóżki do dwuch lub trzech naczyń. Nie wszystkie nóżki posiadają łączność z naczyniem, czasem kończą się tuż przed naczyniem kolbowatym wzdęciem; dotyczy to zwłaszcza naczyń, otoczonych naciekiem, gdzie żadna nóżka nie dochodzi do naczynia. Jądra komórek pająkowatych protoplazmatycznych duże, blado zabarwione, z zachowaną strukturą chromatynową, jakby obrzękłe, położone brzeżnie. Miejscami widać następujące obrazy: jądro ciemniej zabarwione, mniejsze a wokół liczne, grube włókna, nie pozostające w łączności z komórką, ułożone gwiaździsto, (są to komórki pajakowate protoplazmatyczne, które wydzieliwszy włókna, zakończyły swą czynność i znajdują się w stadjum przemiany wstecznej (*Jakob* (*28*)). Komórki pojąkowate włóknorodne, które już normalnie wytwarzaja włókna Weigerta i znajdują się w I-ej i częściowo II-ej warstwie kory, bywają w naszym przypadku także, co się wyraża we wzmożonej produkcji włókien i we wzroście samych komórek; są one większe od normalnych i w większej ilości, a różnią się od komórek pająkowatych protoplazmatycznych, są bardziej smnkłą postacią i cienkiemi włóknami, co uwidacznia się na preparatach Cajala i Fajerstajna-Bielschowskyego. Wskutek intynsywnego bujania włókien powierzchnia kory i I-sza warstwa robią wrażenie gęstego żywopłotu, składającego się z dużej i gęstej sieci włókienek, ku głębszym warstwom kory sieć ta się rozluźnia, a poczynając od III-ej warstwy widzimy już prawie tylko grube wypustki gleju protoplazmatycznego. Jeżeli przysuniemy taki preparat ku granicy pomiędzy istotą szarą i białą kory, to zauważymy podobną różnicę—olbrzymich bujających komórek pająkowatych protoplazmatycznych nie widzimy wcale, ich miejsce zajmują komórki pająkowate włóknorodne (normalnie znajdujące się w istocie białej), lecz także zmienione: protoplazma ich lekko spęczniała wypustki cienkie, w dużej ilości. Ilość komórek oligodendrogleju także jest zwiększona, spotykamy ich dużo wokół komórek nerwowych.

Komórki Hortegi. Na preparatach Hortegi pod mniejszem powiększenicm całe pole widzenia jest wprost usiane komórkami Hortegi. O ile zaś normalne komórki Hortegi posiadają jądro nieduże, okrągłe lub owalne, cieniutkie wypustki w postaci jakby kruchych kolczastych gałązeczek, czasem ułożonych dwubiegunowo — o tyle w naszym przypadku wygląd ich jest zupełnie odmienny. Jądro większe od normalnego, blade, wypustki nabrzmiałe, często nie ustępujące w szerokości swej jądru, odgałęzienie drobne znikają, widzimy jedynie że powierzchnia wypustek jest chropowata i te chropowatości — to resztki ząbków i kolców normalnej komórki Hortegi; wypustki także barwią się blado, przy dwubiegunowem ułożeniu wydłużają się nadmiernie, przyjmując kształt długich pałeczek (komórki pałeczkowate Nissl'a), czesto nie mieszczą się w polu widzenia. W środkowych warstwach kory są one ułożone wzdłuż kierunku włókien osiowych. W dolnych warstwach są ułożone nieprawidłowo, nie mają tego podłuznego kształtu, wysyłając wypustki w różnych kierunkach (komórki gwiaździste Cajala). Najlepiej są widoczne w korze, w płacie czołowym i środkowych, gdzie bujają najintensywniej, w istocie białej kory barwią się trudniej i naogół nie wykazują tak daleko idących zmian.

Stłuszczenie naczyń i obecność tłuszczu w komórkach glejowych najobfitsze w płatach czołowym o środkowym przednim, w tychże płatach na preparatach, barwionych błękitem turnbullowym, stwierdzono obecność żelaza w ściankach naczyń

i komórkach Hortegi w dolnych warstwach kory (V i VI), w górnych warstwach tychże płatów gdzieniegdzie tylko w ściankach naczyń. W innych płatach żelaza nie stwierdzono ani w naczyniach ani w komórkach Hortegi. W jądrach podstawy stłuszczenie komórek nerwowych i glejowych większe niż w korze, bez wyraźnej różnicy między neo — i palaeostriatum; najwybitniejsze w rogu Amona. W móżdżku luki w warstwie komórek Purkinjego, w warstwie drobinowej rozrost elementów glejowych z zabarwioną na preparatach Nissla protoplazmą, w skupieniach pasmowatych.

Streszczenie badania mikroskopowego. Zmiany typowe dla porażenia postępującego w postaci zmian produktywnych i miejscami nacieczeniowych w oponach miękkich i licznych nacieków okołonaczyniowych, najwybitniejszych w dolnych warstwach płatu czołowego i środkowego przedniego. W komórkach nerwowych zmiany różnolite z przewagą zmian ostrych w górnych warstwach i przewlekłych w V-ej i VI-ej. Bardzo liczne komórki Hortegi zwłaszcza w płacie czołowym, w górnych warstwach łącznie z III-ą ułożone równolegle do osi komórek nerwowych (prostopadle do powierzchni mózgu), pałeczkowate, w dolnych warstwach ułożone nieprawidłowo-gwiaździste. Rozrost ogromny astrocytów w całej korze z przewagą III-ej warstwy zwłaszcza w związku z naczyniami. Wybitne zwłóknienie obrzeżne (glioza) i na granicy istoty białej i szarej kory. Stłuszczenie elementów nerwowych i glejowych w całej korze, wybitniejsze w jądrach podstawy, najwybitnjejsze w rogu Amona.

Obecność żelaza w komórkach Hortegi w dolnych warstwach płatu czołowego i środkowego przedniego, a także w ściankach naczyń we wszystkich warstwach tychże płatów. W móżdżku zmniejszenie ilości komórek Purkinjego i gąszcz glejowy. Luki z powodu wypadnięcia komórek nerwowych, poczynając od III-ej warstwy wgłąb kory, najwybitniejsze w płacie czołowym i środkowym przednim.

Przypadek ten różni się histopatologicznie od poprzednich tem, że zmiany paralityczne przykryły cechy charakterystyczne dla obrazu padaczkowego, gdyż zwłóknienie obrzeżne, zmiany w rogu Amona i gąszcz glejowy w móżdżku spotykamy także w porażeniu postępującem. Nie spotykamy także komórek Calaj-Retziusa w pierwszej warstwie kory. Oprócz zmian wyżej wymienionych ma ten przypadek tę cechę wspólną z przypadkami poprzedniemi, że wykazuje wybitniejsze zmiany przeważnie o charakterze przewlekłym w dolnach warstwach kory, zwłaszcza płatu czołowego i środkowego przedniego.

Przypadek VI-ty. Chora H. Gabrjela[1]) l. 14. w rodzinie chorób psychicznych, nerwowych, ani alkoholizmu nie było. Przechodziła koklusz i odrę. W 14 roku życia dostała pierwszy raz napadu o typie Jacksona, napady takie czasem z utratą przytomności ponawiały się w odstępach parotygodniowych, zaczynając się zawsze od prawej kończyny górnej; wreszcie po dwuch latach choroby zmarła w status epilepticus.

Streszczenie wyników badania mikroskopowego. Badanie mikroskopowe wykazało rozlane zmiany w komórkach nerwowych, obejmujące cały układ nerwowy ośrodkowy. Zmiany te polegają na chromatolizie, rozpadzie włókienek wewnątrzkomórkowych, rozpadaniu się protoplazmy, przemieszczeniu ku obwodowi i ściemnieniu jądra. Przeważnie odpowiadają one obrazowi ciężkiego schorzenia komórek nerwowych, zaś w płacie czołowym niektóre okolice wykazują obraz ostrej zmiany Nissla.

W płacie potylicznym lewym widzimy różne obrazy w poszczególnych warstwach, przytem w II-ej są takie jak w czwartej, a w III-ej takie jak w V-ej. Dalej widać wszędzie amebowate przeistoczenie komórek glejowych, zwiększoną liczbę komórek Hortegi. Znaczne stłuszczenie w komórkach glejowych i w naczyniach, przytem największe w rogu Amona, W móżdżku w niektórych miejscach zwiększona liczba komórek glejowych w warstwie drobinowej (gąszcz glejowy). Wreszcie w ośrodku korowym dla prawej kończyny górnej (przedramienia), znaleziono bliznę zajmującą VI-tą i część V-ej warstwy kory i częściowo istotę białą dość dawnego pochodzenia o wymiarach: 7 mm. $\times$ 5 mm. $\times$ 1—2 mm., składającą się przeważnie z włókien glejowych i łącznotkankowych, w której i obok której okazała się znacznie zmniejszona ilość komórek nerwowych, i zanik włókien myelinowych. Nie znaleziono natomiast tych zmian, które spotykane są w przypadkach padaczki, a mianowicie sklerozy rogu Amona, oraz gliozy brzeżnej (zwłóknienia obrzeżnego), Gąszcz glejowy Spielmeyera w móżdżku w tym przypadku jest zaledwie zaznaczony, pojedyńcze komórki Cajal-Retziusa w pierwszej warstwie, W dolnych warstwach kory, w ośrodku korowym dla prawego przedramienia — blizna stara, w obrębie której brak komórek nerwowych,

---

[1]) Przypadek opisany w VIII-ym zeszyaie rocznika Psychjatrycznego, jako „Rzadkie objawy wegetatywne w przypadku padaczki Jacksona i próba ich lokalizacji“, gdzie podany jest opis hadania mikroskopowego, wobec czego na tem miejscu nie będziemy powtarzali tego opisu, a ograniczymy się tylko na podaniu jego streszczenia.

Reasumując wyniki badania mikroskopowego wszystkich 6 przypadków, stwierdzamy następujące zmiany: Zgrubienie opon na całej przestrzeni, z rozrostem włókien łączno-tkankowych bez nacieków, z wyjątkiem I-go przypadku, gdzie stwierdzono organizujący się naciek w oponie miękkiej płatu środkowego przedniego. Nieliczne wynaczynienia do opon w przypadku I-ym i IV-ym.

W I-ym przypadku także gdzieniegdzie wynaczynienia do tkanki nerwowej w lewym jądrze ogoniastym i w moście. Tenże przypadek charakteryzuje się jeszcze tem, że na sekcji znaleziono wybroczyny w opłucnej. Wszędzie naczynia rozszerzone i wypełnione krwią. Komórki Cajal-Retziusa w I-ej warstwie kory obecne we wszystkich przypadkach z wyjątkiem III i V-ego.

Zmiany nekrobjotyczne w komórkach nerwowych II-ej częściowo III-ej i IV-ej warstwie, najwybitniejsze w I-ym przypadku; zaznaczone w II-im i III-im przypadku. Przewaga różnego rodzaju zmian ostrych w komórkach nerwowych w górnych warstwach kory we wszystkich przypadkach i przewaga zmian przewlekłych w warstwach V-ej i VI-ej, najwybitniejszych może w przypadkach II-im i III-im. Luki nieprawidłowe ułożenie komórek nerwowych znajdujemy we wszystkich warstwach wszystkich przypadków, największe w I-ym i V-ym przypadku, luki często w związku z naczyniami, w przypadkach I-ym, II-im i częściowo III-im częściowy zanik V-ej warstwy. Bardzo nieznaczne stłuszczenie komórek nerwowych i glejowych w korze półkul I-go i II-go przypadku z odcieniem często bladożółtym, w odróżnieniu od znacznego i jaskrawo czerwonego stłuszczenia w przypadkach IV-ym i V-ym. Najwybitniejsze stłuszczenie występuje w III-im przypadku z wyjątkiem zwojów środkowych, w których ma odcień bladożółty. We wszystkich przypadkach stopień stłuszczenia neostriatum i thalamus taki jak w korze, Stłuszczenie w palaeostriatum znacznie większe z wyjątkiem przypadku II-go, gdzie stopień tego stłuszczenia mało różni się od stopnia stłuszczenia w neostriatum. Bardzo wybitne stłuszczenie rogu Amona, najwybitniejsze w III-im i V-ym przypadkach, w których kuleczki tłuszczu przykrywają całe komórki z wraz z jądrem. Stłuszczenie naczyń we wszystkich przypadkach, najwybitniejsze w I-ym i V-ym.

W móżdżku wszędzie zaznaczony w mniejszym lub większym stopniu gąszcz glejowy w warstwie drobinowej i zmniejszenie ilości komórek Purkinje'go, w przypadku II-im wyświetlenia na brzegu warstwy ziarnistej. Zwłóknienie obrzeżne różnego stopnia we wszystkich przypadkach, prócz I-go i VI-go, gdzie go niema; najwybitniej-

sze w IV-ym i V-ym przypadkach. Ilość komórek glejowych w korze różna w różnych przypadkach. W I-ym bardzo nieznaczna, zwłaszcza w górnych warstwach i ku przedniemu biegunowi mózgu, w II-im i III-m przypadku zwiększona w dość znacznym stopniu, przyczem spotykamy kobierce glejowe, w IV-ym przypadku bardzo znaczna, wyróżnia się tutaj duża ilość komórek Hortegi z wypustkami, zabarwionemi na preparatach Nissla. Zaznaczyć należy, że ilość komórek glejowych w dolnych warstwach wszędzie znacznie większa, niż w górnych. W istocie szarej kory astrocytów przeważnie niema. V-ty przypadek, jako porażenie postępujące, posiada swoisty charakter, gdyż tam cała kora zalana jest wprost przez spęczniałe astrocyty i komórki Hortegi. Ilość astrocytów i włókien Weigerta w istocie białej również różna w różnych przypadkach: w przypadku III-im niewieka, w przypadkach II-im, IV-ym i V-ym znacznie większa, w VI-ym brak ich zupełnie, w I-ym także brak, z wyjątkiem płatu czołowego, w którym na granicy istoty białej i szarej spotykamy pole, zasiane astrocytami zwiększonymi nieco, przyczem pole to zajmuje istotę białą szczytu zwoju i jedną ze ścian; astrocyty sięgają częściowo VI-ej warstwy kory, okolica II-ej ściany pozbawiona astrocytów. Glioza rogu Amona wszędzie wyraźna z wyjątkiem I-go i VI-go przypadków, gdzie jej brak: najwybitniejsza w III-im i IV-ym przypadkach. Przypadek IV-ty wyróżnia się od innych obecnością starej blizny w zwoju środkowym przednim lewym, idącej od dna brózdy wgłąb kory i dochodzącej prawie do VI-ej warstwy. Również stara blizna w dolnych warstwach kory gyrus praecentralis sinister w VIym przypadku.

Jak z powyższego wynika, zmiany opisywane jako charakterystyczne dla padaczki, zostały znalezione nie we wszystkich naszych przypadkach. Tak nap. zwłóknienia obrzeżnego nie znaleziono zupełnie w I-ym i VI-ym przypadkach, gąszcz glejowy w móżdżku wszędzie jedynie lekko zaznaczony, sklerozy rogu Amona sensu stricto niema w żadnym naszym przypadku, a w przypadkach I-ym i IV-ym brak w nim nawet znaczniejszej gliozy; obecność komórek Cajal-Retziusa także nie we wszystkich naszych przypadkach. Wszystkie te zmiany, zgodnie zresztą z opinją innych autorów, można zaliczyć do zmian wtórnych, będących skufkiem napadów padaczkowych. *Spielmeyer* (68) naprz. uważa gąszcz glejowy w móżdżku i zmiany sklerotyczne w rogu Amona jako rezultat napadowej niedokrwistości danych okolic; *Klarfeld* (36), *Alzheimer* (1) zwłóknienie obrzeżne traktują wyraźnie jako zmianę wtórną, a *Orzechowski* (53) uważa ją za wyraz odruchu samoobronnego ustroju przeciw warun-

kom, powodującym napad epileptyczny. Obecność komórek Cajal-Retziusa także nie przesądza sprawy padaczkowej, ponieważ może być uważana jako pewna zmiana rozwojowa, spotykana zresztą i w innych sprawach jak naprz. idjotyzm, schizofrenja (*Klarfeld* (36)), *Spielmeyer* (69), paral. jurenilis, mongolizm, kretynizm, lues congenita *Gerstman* (21a)).

Do zmian stale spotykanych w naszych przypadkach, zaliczać należy zgrubienie opon i zmiany w komórkach nerwowych. Zgrubienie opon możnaby oceniać w dwojaki sposób: 1) albo są to zmiany, świadczące o przebytym procesie oponowym zapalnym, dającym jako zejście to zgrubienie, i wtedy odnośne przypadki możnaby traktować jako padaczkę objawową; 2) albo zmiany te są wynikiem napadowych perturbacji naczynioruchowych (przekrwienie, zastój, wynaczynienia), i traktować je można jak skutek napadów. Naszym zdaniem więcej słuszności posiadałby pogląd drugi, gdyż w większości naszych przypadków zmiany w oponach posiadają charakter rozrostu elementów łącznotkankowych, włóknistych bez śladu nacieków. W naszym przypadku II-im (padaczka samoistna) zgrubienie opon znalazłoby wtedy swoje wytłomaczenie. Drugim rodzajem zmian, stale obecnym w naszych przypadkach, są zmiany w korze mózgowej. Są to zmiany różnego rodzaju w elementach nerwowych o dość charakterystycznym umiejscowieniu warstwowem. W górnych warstwach kory (do czwartej włącznie) zmiany w komórkach nerwowych posiadają charakter ostry: obrazy ostrego i ciężkiego schorzenia Nissl'a, w niektórych przypadkach (pierwsze trzy) w warstwach II-ej, górnej części III-ej, a w przypadku trzecim miejscami także i IV-ej są one natury nekrobiotycznej. W przeciwieństwie do tego w dolnych warstwach kory (V i VI) wszędzie, zwłaszcza na przestrzeni od sulcus centralis Rolandi ku przedniemu biegunowi mózgu, mamy do czynienia z przewlekłym charakterem zmian w komórkach nerwowych. Oprócz tego w całej korze, począwszy od II-ej warstwy wgłąb, widoczne są luki, których związek z naczyniami daje się często stwierdzić.

W przypadkach I-ym, II-im i III-im luki te przybierają charakter warstwowego wypadnięcia V-ej warstwy kory. Wreszcie w trzech przypadkach (I, IV, VI) mamy zmiany ogniskowe w korze, w postaci blizn (przypadki IV i VI) i w postaci ograniczonego pola rozrostu gleju w I-szym przypadku. Charakterystyczną cechą tych zmian ogniskowych jest to, że: a) blizna w IV-ym przypadku dochodzi miejscami do VI-ej warstwy i znajduje się w ośrodku korowym dla prawej kończyny górnej, b) blizna w VI-ym

przypadku zajmuje wyłącznie obie dolne warstwy i znajduje się w ośrodku korowym dla prawego przedramienia, c) pole rozrostu gleju w I-szym przypadku znajduje się w fig. 1 na granicy istoty białej i kory, uszkadzając VI-tą warstwę. Jednym słowem wszystkie trzy ogniska uszkadzają dolne warstwy kory w okolicy, leżącej ku przodowi od sulcus centralis Rolandi.

Przewlekły charakter zmian komórkowych w dolnych warstwach kory, największe w nich, miejscami warstwowe (V-ta warstwa) wypadnięcie komórek nerwowych, a także obecność w nich starych ognisk (blizn) wskazywałyby na to, że właśnie te dolne warstwy pierwsze uległy schorzeniu, i zmiany w nich były jednym z istotnych ogniw, niezbędnych przy powstawaniu napadów drgawkowych, Dla kontroli powyższego przypuszczenia przejrzeliśmy 28 prac różnych autorów (54 opisów przypadków) traktujących o schorzeniach organicznych ośrodkowego układu nerwowego, a mianowicie: sprawy kiłowe, zatrucia tlenkiem węgla, miażdżyca mózgu, zapalenie mózgu, idjotyzm amaurotyczny, nowotwory mózgu, sprawy urazowe, Braliśmy pod uwagę przypadki bez wyboru, pierwsze z brzegu, zarówno takie, w których były napady drgawkowe, jak również i bez napadów. Niestety niema wśród nich ani jednego szczegółowego opisu zmian histopatologicznych w przypadku padaczki samoistnej.

Materjał ten możnaby podzielić na następujące 4 grupy:

a) przypadki z napadami o charakterze padaczkowym i zmianami w dolnych warstwach kory,

b) przypadki z napadami o charakterze padaczkowym i bez zmian w dolnych warstwach kory,

c) przypadki bez napadów padaczkowych i bez zmian w dolnych warstwach kory,

d) przypadki bez napadów padaczkowych ze zmianami w dolnych warstwach kory.

W dalszym ciągu przechodzimy do podania krótkich opisów tych przypadków z literatury, zaznaczając jednocześnie, że uwzględnimy tylko te, które zawierają wyraźne wskazówki, co do warstwowego umiejscowienia zmian.

Grupa a): *Alzheimer* (2) opisuje przypadek porażenia postępującego, w którem przez 2 i pół lat były napady epileptyczne; kora prawej półkuli atroficzna, (płaty czołowy, ciemieniowy, skroniowy, potylicowy), luki komórkowe w II-ej I III-ej warstwie, miejscami *cała kora zubożała w komórki* (verödet); ograniczone miejsca ze szczególnie wybitnemi zmianami w prawym zwoju środkowym

i w jednej części płatu ciemieniowego. W innym przypadku z drgawkami prawostronnymi przy zachowanej świadomości tenże autor znalazł wypadnięcia komórek nerwowych, szczególniej II-ej i III-ej warstwy w płatach skroniowym, ciemieniowym, wyspie, czołowym, tylnym środkowym; w wyspie brak prawie wszystkich komórek nerwowych i włókien myelinowych; w ,innych miejscach *cała kora równomiernie pozbawiona komórek nerwowych*, zmiany nekrobiotyczne bez wyróżnienia poszczególnych warstw. Autor nie pisze, ale z załączonych fotografji widać, że w dolnych warstwach, szczególniej IV i V-ej są duże luki, na innych cała kora łącznie z dolnymi warstwami wykazuje duże zubożenie w elementy nerwowe (okolica fotografji nie podana). Dalej tenże autor opisuje przypadek alkoholika, który w 4 miesiące przebył 3 delirja, przy 3-im zaczęły się drgawki, w parę tygodni potem zejście śmiertelne; opona miękka zgrubiała z nalotami rdzawobronzowemi, na powierzchni kory ogniska rozmiękczynowe wielkości grochu i fasoli w płacie czołowym i skroniowym, przy przecięciu nie dochodzą głębiej poza korę; komory nie są rozszerzone; kora w płacie czołowym zwężona; opisu badania mikroskopowego brak.

Wreszcie w przypadku wiądu rdzenia z drgawkami i otępieniem ten sam autor znalazł zgrubienie opon, atrofję kory, szczególniej w płacie czołowym, zgrubienie I-ej warstwy (gleju), brak nacieków przy naczyniach, brak luk, zmiany degeneracyjne; *w głębszych warstwach kory liczne komórki glejowe*, tworzące długie, cienkie włókna glejowe. *A. Jakob* (29) w swej pracy o endarteritis syphilitica drobnych naczyń mózgowych podaje opisy szeregu przypadków, z których dwa przedstawiają się następująco. Przyp. 11: w przebiegu klinicznym liczne napady padaczkowe; mikroskopowo poza zmianami w łączności ze schorzeniem naczyń w całej korze, ogniska rozmiękczynowe w obu płatach czołowych zwłaszcza prawym, które niszczą i korę i istotę białą; w prawym płacie czołowym ograniczone miejsca wykazują typowe zmiany paralityczne, architektonika kory w tych miejscach zaburzona, zwłaszcza *ciążko uszkodzone są dolne warstwy kory*. Przyp. 13: w przebiegu klinicznym dość liczne napady paralityczne; ciężkie schorzenie komórek nerwowych zwłaszcza w dolnych warstwach kory, najwybitniejsze w płacie czołowym, również w dolnych warstwach kory największe bujanie gleju. Inne przypadki z tej pracy Jakoba nie dały się zużytkować ze względu na brak danych co do warstwowego umiejscowienia zmian chorobowych. W innej pracy podaje *Jakob* (30) przypadek porażenia postępującego o 20-letniem trwaniu z nielicznemi atakami epileptoidalnymi w przebiegu; mi-

kroskopowo zwłaszcza w płacie czołowym i skroniowym zwężenie kory i ciężkie zmiany w komórkach nerwowych 3-ch dolnych warstw kory o charakterze przewlekłym. Reszta przypadków tej pracy bez danych o warstwowem umiejscowieniu tych zmian. Również u *Jakoba* (31) znaleźliśmy przypadek, w którego klinicznym przebiegu na kilka dni przed śmiercią zjawiły się drgawki lewej połowy twarzy, a następnie jeden napad epileptyczny z przewagą lewej połowy ciała; mikroskopowe ogniska wyjaśnieniowe w przednich zwojach środkowych i tylnej części płatu czołowego w obu dolnych warstwach (autor nie podaje w której półkuli były te zmiany). Inne przypadki tejże pracy podamy później.

Neubürger (52) podaje następujący przypadek: u psychopaty przed śmiercią status epilepticus (koło 20 napadów); mikroskopowo w lewym płacie czołowym (część biegunowa) ognisko zapalne wielkości orzecha włoskiego, zajmujące istotę białą i miejscami wrzynające się w korę (dolną warstwą), w korze wogóle ostre zmiany w komórkach nerwowych. Autor uważa, że ognisko to powstało na tle procesu degeneracyjno-zapalnego, przyczem w środku ogniska następowały zmiany wsteczne, a świeże zmiany były na obwodzie. Ataki padaczkowe, według autora, powstały wskutek rozszerzenia się ogniska. *Ranke* (52) podaje następujący przypadek, w czasie choroby ataki epileptyczne o typie Jacksona, zaczynające się od lewej połowy twarzy i lewego ramienia i przychodzące na prawą połowę ciała; w czasie między atakami niedowład lewego nerwu twarzowego i lewych kończyn, przed śmiercią status epilepticus. Mikroskopowo między innemi autor podkreśla, że o ile w górnych warstwach kory mamy zmiany ostre w komórkach nerwowych z dużym bujaniem gleju, neuronofagją — w dolnych warstwach przeważnie mamy zmiany przewlekłe. „In der Regel nimmt die Zahl der neuronophagischen Bilder markwärts ab, dagegen die Zahl der im Sinne der chronischen Erkrankung veränderten Nervenzellen in den unteren Rindenschichten zu". Na podstawie prawego płatu czołowego nieduże ognisko rozmiękczynowe, zajmujące całą korę i miejscami sięgające istoty białej. *Kashida* (35) w pracy o miażdżycy mózgu wieku wczesnego opisuje szereg przypadków, z których narazie cytujemy następujące: przyp. I: w przebiegu klinicznym napady epileptoidalne; mikroskopowo w płacie czołowym prawym (Fig. 2) ognisko rozmiękczynowe starszej daty w korze, pozatem w całej korze płatów czołowych, środkowych i ciemieniowych w związku z naczyniami miejsca pozbawione komórek nerwowych zwłaszcza w III-ej i V-ej warstwach. Przyp. VI: w przebiegu chorcby ataki o charakterze apoplektycznym,

pod koniec choroby ataki o charakterze epileptycznym; mikroskopowe luki w III-ej rzadziej w V-ej warstwie, w zwoju środkowym przednim prawie zupełnie wypadnięcie komórek Betza i duże wyjaśnienia w V-ej warstwie, komórki nerwowe wszędzie sklerotyczne, z małą ilością tłuszczu. Przyp. VII: u alkoholika na rok przed śmiercią ataki epileptoidalne; mikroskopowo w płacie czołowym środkowym i ciemieniowym luki w III-ej i V-ej warstwach w związku z naczyniami, stłuszczenie komórek nerwowych i naczyń. Resztę przypadków tej pracy podamy w innych grupach.

Globus (21) podaje opis histologiczny kilku przypadków idjotyzmu amaurotycznego, z których w przypadku B w przybiegu klinicznym były drgawki w oczach, ustach, twarzy i stężenie kończyn; mikroskopowo we wszystkich warstwach kory jednakowo ciężkie zaburzenia w architektonice, wypadnięcia komórek nerwowych, rozrost gleju (status spongiosus). W przypadku C w przebiegu klinicznym drgawki od 12-go roku życia; mikroskopowo w płacie czołowym i ciemieniowym II-ga najlepiej zachowana, w VI i VII-ej najsilniejszy rozrost gleju, w płacie skroniowym najsilniej dotnięte warstwy III-a i V-a, w płacie potylicznym warstwa V-a, w area striata—warstwa II-a i IV-a. *Josephy* (33) podaje przypadek sclerosis tuberosa, w którym od 3-go roku życia były napady epileptyczne, śmierć w 19-ym roku życia; w mózgu ogniska zwłaszcza w płatach środkowych i skroniowych; mikroskopowo w miejscach ognisk wypadnięcia komórek nerwowych zwłaszcza w górnych i dolnych warstwach, tamże atypowe duże komórki Bielschowsky'ego, również poza ogniskami w korze na oko normalnej spotykają się takie duże komórki w I-ej i w głębokich warstwach.

Z pracy *Josephyego* (34), traktującej o histopatologji otępienia wczesnego i obejmującej około 50 przypadków, podajemy przypadek (14-y), w przebiegu którego były napady padaczkowe i status epilepticus w ostatnich 6 dniach życia; mikroskopowo komórki nerwowe kory wykazują ostrą zmianę Nissl'a, zwłaszcza w III-ej a także i w VI-ej warstwach na przestrzeni od sulcus centralis Rolandi ku przedniemu biegunowi mózgu, ciężkie ogniskowe zmiany w komórkach nerwowych w postaci daleko posuniętego zubożenia kory w komórki nerwowe, obecność olbrzymich komórek glejowych, neuronofagji, również skupienie komórek glejowych na granicy istoty białej i szarej kory. Autor sądzi, że te ostatnie zmiany są wyrazem ciężkiego, szybko posuwającego się procesu, a umiejscowienie tych zmian w wyżej wspomnianych okolicach świadczy o większej podatności tych okolic na czynnik chorobowy. *Filimonoff* (*16*) opisuje

przypadek guza mózgu lewej półkuli w postaci ogniska rozmiękczynowego, zajmującego dużą przestrzeń istoty białej w okolicy zwojów środkowych i częściowo płatu czołowego (Fig. 2 i Fig. 3), kora uszkodzona jedynie w okolicy Fig. 3 pars opercularis. Drgawki prawostronne o typie Jacksona z porażeniem prawostronnem i afazją. *Creutzfeldt* (*12*) podaje przypadek, w którym były poza objawami psychicznymi (demencja, napadowe podniecenia, sztywność) od czasu do czasu skurcze błyskawiczne twarzy i rąk, mowa skandowana, sztywny, czasem niepewny chód, a na szereg dni przed śmiercią ataki epileptoidalne i śmierć w status epilepticus; mikroskopowo liczne większe lub mniejsze luki w korze zwłaszcza płatów środkowych i czołowych, znacznie rzadsze w innych płatach; luki te zajmują przeważnie III-ą warstwę, rozprzestrzeniając się ku dołowi, przyczem IV-ta warstwa zwykle jest zachowana; miejscami (regio paracentralis) cała kora zniszczona z wyjątkiem IV-ej warstwy; drobne luki zwłaszcza w V i VI-ej warstwach, a także w thalamus, jądrach mostu i rdzenia przedłużonego; wszędzie rozlane ciężkie schorzenie elementów nerwowych; w rogu Amona lekka skleroza. Autor uważa, że objawy ruchowe łącznie z atakami są skutkiem schorzenia kory ruchowej, jednak powstrzymuje się od zdecydowania, które elementy nerwowe powołały te objawy. *Freedom* (*18*) na zjeździe psychjatrów w Hamburgu w 1926 roku demonstrował przypadek choroby Little'a z napadami padaczkowymi, które trwały od 3-go roku życia aż do śmierci w 19-ym roku życia i pod koniec były częstsze; mikroskopowo—proces degeneracyjny w całej korze, najwięcej schorzała III-a warstwa, ale w wielu miejscach proces rozszerza się na wszystkie warstwy, tworząc status spongiosus. *Bock* (*6*) opisuje przypadek próby poronienia, po którem wystąpiło zapalenie mózgu z drgawkami; mikroskopowo w prawym płacie czołowym, a także i w innych miejscach badanych w głębszych warstwach kory nieprawidłowe pasmowate wyjaśnienia, w których spotyka się jedynie pojedyńcze i to zmienione komórki nerwowe.

Balduzzi (*3*) w pracy o guzach spoidła opisuje trzy przypadki, z których w pierwszym były ataki epileptyczne, guz w tym przypadku sięgał do płatu czołowego i, jak widać z fotografji, zniszczył na pewnej przestrzeni także całą korę. Pozostałe dwa przypadki (bez napadów i z inną lokalizacją guza) przytoczymy w innym miejscu. *Kufs* (*37*) w pracy o nietypowem porażeniu postępującem przytacza przypadek z napadami epileptoidalnymi, w którym przy badaniu histologicznem znalazł zgrubienie opon szczególniej w płacie czołowym, ogniska wypadnięcia komórek od II-ej do V-ej warstwy

i rozrost naczyń. *Hiller* (26) opisując zmiany histopatologiczne w mózgu przy zatruciu tlenkiem węgla, podaje przypadek, w którym na 10-ty dzień po zatruciu wystąpiły 4 ataki epileptyczne; mikroskopowo naczynia przekrwione, wynaczynienia podoponowe, w całej korze na granicy istoty białej i szarej ogniska rozmiękczynowe, sięgające głębszych warstw kory, zawsze na wysokości szczytu zwoju; podobne ogniska w rogu Amona i pallidum; wynaczynienia drobne w korze półkul, największe w I-ej i w dolnych warstwach, drobe luki w II i III-ej warstwie, w VI-ej warstwie komórki Hortegi, obładowane tłuszczem, w V-ej warstwie komórki nerwowe ciężko zmienione o charakterze ischaemicznym.

A. Meyer (*44*) mówiąc także o zmianach w mózgu po zatruciu tlenkiem węgla, notuje między innemi jeden przypadek z ciężkimi napadami padaczkowymi wkrótce po zatruciu i z zejściem w 10 lat później; w przypadku tym w korze zwłaszcza płatów czołowych i potylicznego lewego—wypadnięcie całych warstw kory zwłaszcza V i VI-ej, miejscami zachowana jest II-ga warstwa i skrawek III-ciej.

Blum (5), zajmuje się budową blizny w przypadku starej rany postrzałowej mózgu; przypadek ten w pół roku po postrzale zaczął wykazywać napady padaczkowe, w 3 lata po postrzale zejście w status epilepticus; już z opisu wyglądu makroskopowego mózgu wynika, że największe zmiany urazowe były w prawym płacie ciemieniowym i tylnej części czołowego, przyczem zdaje się nie ulegać wątpliwości, że i kora musiała być zniszczona w odnośnych miejscach; z załączonego zdjęcia przekroju mózgu widać daleko idące ubytki także w korze w całej jej grubości.

Weimann (72) w swej pracy o zmianach w mózgu przy zatruciu morfiną podaje jeden przypadek (wśród innych, o których będzie później mowa) ostrego zatrucia pantoponem, gdzie wystąpiły ciężkia drgawki kloniczne w zakresie facialis i hypoglossus i zejście po 2 i pół dniach choroby; mikroskopowo najcięższe zmiany w komórkach III i V-ej warstw kory, w przedniej części mózgu, w rogu Amona zmiany w sektorze Sommera i w pallidum.

Do grupy b), t. j. przypadków, w których były napady padaczkowe, ale nie stwierdzono zmian w dolnych warstwach kory, z przejrzanych przez nas opisów możemy zaliczyć tylko dwa. Jeden dotyczy przypadku *Dickmanna* (*13*) encephalitis subcorticalis chronica progressiva u potatora z kiłą w anamnezie, u którego w 42-im roku życia po delirium tremens wystąpiły zmiany charakteru, drgawki i stopniowo coraz to nowe inne objawy neurologiczne; zejście po

7-etniej chorobie wśród wielu napadów drgawkowych; histologicznie kora mózgowa bez zmian, zmiany tylko w istocie białej (robione były tylko preparaty metodą Weigerta-Pala). Drugi dotyczy jednego z przypadków, zamieszczonych w wyżej wspomnianej pracy *Kashida* (35), w którym na miesiąc przed zejściem wystąpił jeden atak epileptoidalny; mikroskopowo znaleziono luki w związku z naczyniami głównie w III-ej warstwie kory. — Jak widać z przytoczonych wyżej 29 przypadków różnych schorzeń organicznych ośrodkowego układu nerwowego, którym towarzyszyły napady o charakterze padaczkowym, w 27 znalezione były zmiany w dolnych warstwach kory, o których autorowie nie wspominają tylko w dwóch przypadkach. Zmiany te w opisanych przypadkach są bądź rozlane, zajmujące duże przestrzenie kory, bądź też w postaci licznych drobnych ognisk (luki, ogniska rozmiękczynowe) lub pojedyńczych większych ognisk (ogniska zapalne, rozmiękczynowe guzy). Niektórzy autorowie jak *Jakob i Ranke* (58), w swoich przypadkach wyraźnie podkreślają przewlekły charakter zmian elementów nerwowych miąższowych w dolnych warstwach kory w przeciwieństwie do zmian ostrych górnych, podobnie jak to miało miejsce i w naszych przypadkach. W niektórych przypadkach proces chorobowy ograniczył się tylko do dolnych warstw kory, w innych uszkadzał także niektóre warstwy wyżej położone, w pozostałych cała kora we wszystkich warstwach była uszkodzona, w każdem razie *uszkodzenie dolnych warstw kory było objawem stale powtarzającym się* we wszystkich 27 przypadkach. Zasługuje na specjalne wyróżnienie przypadek *Neubürgera* (52), w którym przy zestawieniu przebiegu klinicznego ze zmianami histopatologicznemi w mózgu rzuca się w oczy, że z chwilą zaatakowania VI warstwy kory przez proces chorobowy, toczący się niżej, wystąpił status epilepticus. Sam autor łączy zjawienie się ataków padaczkowych z rozszerzaniem się procesu. Może mniej wyraźny pod tym względem, ale podobny jest przypadek *Josephy'ego* (34) otępienia wczesnego, gdzie napady epileptyczne wystąpiły pod koniec choroby.

Jak już wyżej wspomnieliśmy, dwa przypadki nie wykazały współistnienia zmian w dolnych warstwach kory z atakami padaczkowymi. Jednak przypadek *Dickmanna* (13) nasuwa duże wątpliwości co do ścisłości badania histologicznego. Autor, posiłkując się jedynie metodą Weigerta-Pal'a, twierdzi, że kora jest niezmieniona i to w przypadku alkoholika przewlekłego z kiłą w anamnezie, gdzie można było się spodziewać dalej idących zmian w korze, gdyż skądinąd wiemy, że w takich przypadkach zmiany te zazwyczaj

istnieją. II przypadek *Kashida* (35) także pozornie tylko jest negatywny, gdyż autor wyraźnie mówi, że zmiany w komórkach nerwowych były głównie (vornehmlich) w III warstwie kory, z czego możnaby wnioskować, że i w innych warstwach były zmiany, tylko nie tak znaczne, jak w trzeciej warstwie. Niedokładność opisu pod tym względem nie pozwala nam właściwie zaliczyć ten przypadek do jednej z 2-ch wyżej wymienionych kategorji, wobec czego należy go postawić pod znakiem zapytania. Reasumując, możemy twierdzić, że oba te przypadki tylko pozornie zdają się nie zgadzać z naszymi spostrzeżeniami, i możemy powiedzieć, że z 29 przypadków opisanych (wziętych przez nas bez wyboru) 98,11% spostrzeżenia są zgodne z naszymi, a pozostałe 6,89% nie dostarczają dowodów przeciwnyh. Przejdźmy teraz do przypadków, w przebiegu których nie było napadów padaczkowych.

Grupa c—bez zmian w dolnych warstwach kory. *Alzheimer* (2) w pracy już wspomnianej opisuje przypadek porażenia postępującego, w którym było porażenie prawostronne, 4 lata trwające, halucynacje przeważnie słuchowe, brak drgawek; mikroskopowo największe zmiany paralityczne w I-ym zwoju skroniowym, rozrost gleju włóknistego; komórki nerwowe spotyka się tylko w dolnych warstwach kory. Zmiany w thalamus. *Kashida* (35) w wyżej cytowanej pracy o miażdżycy mózgu podaje 2 przypadki, w których nie było napadów drgawkowych a przy badaniu mikroskopowym stwierdzono luki w III warstwie kory. *Balduzzi* (3), opisując guzy spoidła mózgowego, podaje 2 przypadki, w których napadów padaczkowych nie było, guzy umiejscowione były bardziej ku tylnemu biegunowi mózgu (płat ciemieniowy) i, o ile można sądzić z załączonej fotografji uszkodzenie kory nie było wyraźne; autor nie opisuje szczegółowo histopatologji przypadków. *Kufs* (37) podaje przypadek porażenia postępującego bez napadów padaczkowych, gdzie stwierdził duże nacieki w oponach, ogniska rozmiękczynowe, zajmujące II-ą i III-ą warstwę płatu potylicowego, czołowego i area striata. *Marinesco-Baloi* (39) w pracy o encefalicie epidemicznym podaje kilka przypadków, z których 2 nie wykazywały napadów drgawkowych w jednym z nich były nacieki w korze w warstwie dużych piramid i gdzieniegdzie w istocie białej niektórych zwojów; w móżdżku lekka reakcja glejowa w postaci gąszczu glejowego; luki w środkowych warstwach kory. W II-im przypadku kora i móżdżek nie naruszone. *Hilpert* (27) w pracy o chorobie Alzheimera opisuje 2 przypadki, w których nie było napadów drgawkowych: mikroskopowo stwierdził zaburzenia w architektonice kory mózgowej w II-ej i III-ej warstwie,

komórki Betza zachowane; najdalej idące zmiany w komórkach nerwowych w rogu Amona, w korze mniejszej; zmniejszenie ilości komórek Purkinje'go w móżdżku. *Weimann* (73) opisując 2 przypadki złośliwych nowotworów, z których jeden był umiejscowiony w oponie miękkiej w okolicy centralis anterior i paracentralis, a drugi w lewej półkuli, i które nie wywoływały drgawek padaczkowych, znajduje w I-ym w korze naczynia powyścielane komórki nowotworowemi, a w II-im korę nienaruszoną. *Globus* (22) podaje przypadek pląsawicy bez napadów drgawkowych, w których przy badaniu pośmiertnym znaleziono owrzodzenia w pochwie, z płynu mózgowordzeniowego wyrosły prądki Löfflera, opony miękkie były nastrzykane, drobne wynaczynienia w nich, objawy organizacji, tu i owdzie silniejsze nacieki okołonaczyniowe z limfocytów; oprócz tego w korze nieznaczne zmiany w komórkach nerwowych, wygląd kory prawie normalny, nieco rozszerzone przestrzenie okonaczyniowe, zawierające komórki, obładowane produktami rozkładu; w striatum stłuszczenie komórek nerwowych dużych i małych. *Brinkmann* (9) w pracy o miażdżycy drobnych naczyń mózgowych podaje przypadek bez napadów drgawkowych, w którym były zmiany w III-ej warstwie kory i zgrubienio opon.

Grupa d) bez napadów padaczkowych i ze zmianami w dolnych warstwach kory, *Jakob* (29) w wyżej wspomnianej pracy opisuje 2 przypadki, z których w jednym w przebiegu klinicznym poza kurczami w nogach na początku choroby nie było napadów drgawkowych, później zjawiły się zaburzenia równowagi i objawy opuszkowe; mikroskopowo, poza innemi zmianami, skupienia komórek glejowych i zmiany w komórkach nerwowych zwłaszcza w 2-ch dolnych warstwach kory zwoju środkowego przedniego, w tylnej części płatu czołowego i płatu skroniowego; wypadnięcia komórek nerwowych we wszystkich warstwach kory oprócz 2 górnych. Przypadek II-gi, w którym także nie było napadów drgawkowych, charakteryzowały luki w III-ej i dolnych warstwach kory. *Kashida* (35) w kilkakrotnie cytowanej pracy podaje także przypadek bez ataków drgawkowych z akinezą, hypertonją mięśniową, apatją, zaburzeniami uwagi i zapamiętywania, w którym przy badaniu mikroskopowym znaleziono ogniska rozmiękczyniowe w III-ej i V-ej warstwie kory w związku z naczyniami i nacieki okrągłokomórkowe, takież ogniska w istocie białej, *Globus* (21) w cytowanej pracy o idjotyzmie amaurotycznym w jednym z przypadków, w którym nie było drgawek padaczkowych, tylko ruchy mimowolne w wardzo dolnej i języku, znalazł opony zgrubiałe bez nacieków; w korze — wypadnięcie ko-

mórek nerwowych, rozrost włóknorodnych astrocytów w tych miejscach, najwybitniejszy w III-ej warstwie, zmiany te zdarzają się również i w V-ej warstwie. W pracy *Weimanna* (72) o zmianach w mózgu przy zatruciu morfiną znajdujemy 3 przypadki, które należy zaliczyć do tej grupy. Jeden z nich dotyczy przypadku ostrego zatrucia morfiną, gdzie zejście śmiertelne nastąpiło w 12 godzin po zatruciu, i gdzie nie było drgawek; mikroskopowo wybitne stłuszczenie komórek nerwowych i glejowych. W III-ej warstwie kory, następnie w II i V-ej, tamże ciężkie zmiany w komórkach nerwowych w postaci schorzenia piankowego („wabige"); i chronicznego, tamże zwiększona ilość trabantów i gleju wogóle; wszystkie te zmiany najwybitniejsze były w płacie czołowym; podobne zmiany tłuszczowe w rogu Amona, a także w dolnej warstwie subiculum i striatum. II-gi przypadek *Weimanna* (72) dotyczy przewlekłego zatrucia morfiną (około roku bez drgawek); zmiany komórkowe łącznie z lukami umiejscowione w warstwach kory w następującym porządku: III, V, II, VI warstwy; stłuszczenie: III, V, VI, II warstwy; powyższe zmiany najwybitniejsze w płatach czołowym i środkowym; wyjaśnienia w obrębie włókien radialnych w III-ej warstwie kory i interradialnych także i w dolnych warstwach; pozatem zmiany jak w poprzednim przypadku. III-ci przypadek *Weimanna* (72) dotyczy przewlekłego zatrucia morfiną (7 lat), w którym brak danych co do napadów drgawkowych; naogół zmiany mikroskopowe w nim takie jak i w poprzednich przypadkach (III-a i V-a warstwy). W jednym z przypadków *Marinesco-Baloi* (39), w którym nie było napadów drgawkowych, tylko zawroty głowy, znaleziono najcięższe zmiany w substantia nigra; w korze szczególnie w płatach czołowych i środkowych lekkie rozsiane zmiany w komórkach nerwowych, szczególniej w III-ej i V-ej warstwach; cały mózg dotknięty procesem chorobowym; nacieków w korze niema. W jednym przypadku *Brinkmanna* (9) miażdżycy drobnych naczyń mózgowych, który przebiegał bez napadów drgawkowych, wykazywał nocne lęki i stany podniecenia, wystąpił insult, w 40 dni po którym zejście śmiertelne; znaczne zgrubienie opon, ogniska rozmiękczynowe w istocie białej, miejscami zniszczenie kory, szczególniej w płacie potylicowym cała kora miejscami zniszczona; w płacie środkowym tylnym ogniska w III-ej warstwie, w V i w VI-ej zmniejszenie ilości komórek nerwowych; w środkowym przednim i czołowym — ogniska w warstwie III-ej. *Mankowski i Bereschansky* (38) opisują przypadek apopleksji mózgowej u chorego na zimnicę, w którym nie było napadów padaczkowych; znaleziono w nim jednakowe zmiany w korze

we wszystkich warstwach; neuronofagja, zatarte granice między jądrem i protoplazmą, szczególniej w przedniej części płatu czołowego. *Matzdorf* (*40*) opisuje przypadek schizofrenji objawowej w przebiegu sarcomatosis meningum, w którym nie było napadów drgawkowych, a przy badaniu mikroskopowym znalazł wypadnięcia komórek komórek nerwowych w III-ej i V-ej warstwie kory w płacie czołowym.

W grupie c) mamy ogółem 14 przypadków różnych schorzeń organicznych mózgu, w których napadów drgawkowych nie było, także zmian w dolnych warstwach kory; zmiany w korze w tych przypadkach, o ile były, ograniczały się do II i III-ej warstwy. Wyróżnia się przytem wśród przypadków tej grupy przypadek *Weimanna* (*73*) złośliwego nowotworu opony miękkiej w okolicy centralis anterior i paracentralis, który jednak nie dawał napadów drgawkowych. *11 przypadków grupy d*) przedstawiających miażdżycę mózgu, idjotyzm amaurotyczny, ostre i przewlekłe zatrucie morfiną, zapalenie mózgu, apopleksję mózgową przy zimnicy, schizofrenję objawową przy sarcomatosis meningum, choć wykazują rozległe zmiany przeważnie w III i V-ej warstwie kory, czasem także w II-ej lub VI-ej, (w pojedyńczych przypadkach cała kora, a w jednym także i istota biała uległy zniszczeniu), jednak klinicznie przebiegały bez napadów drgawkowych. A więc przypadki te nie przedstawiają tej równoległości pomiędzy obecnością napadów padaczkowych a zmianami w dolnych warstwach kory. Ogółem, z 25 przypadków bez napadów padaczkowych, 14 zmian histopatologicznych w dolnych warstwach kory mózgowej nie wykazywało, a w 11-tu zmiany te były obecne.

A więc przegląd pewnej ilości przypadków z literatury w zupełności potwierdza wyżej wyrażone przez nas spostrzeżenia, że przy napadach padaczkowych istotną i konieczną zmianą histopatologiczną są zmiany w dolnych warstwach kory mózgowej. Jednak obecność tych zmian nie decyduje o konieczności zjawienia się napadów padaczkowych, na coby wskazywały przypadki *grupy d*), w których były zmiany w dolnych warstwach kory, a napadów drgawkowych nie było.

Zarysowywałaby się przeto możliwość twierdzenia, że *zmiany w dolnych warstwach kory mózgowej stoją w ścisłym związku z napadami padaczkowemi.* Nasuwałoby się więc pytanie, jaki jest charakter tego związku i jaki zachodzi stosunek pomiędzy temi zmianami i napadem padaczkowym, i czy możnaby zgodnie z żądaniem *Spielmeyera* (*68*), podanym na wstępie naszej pracy, użyć ich do

wyjaśnienia mechanizmu powstania napadu padaczkowego. Postawienie takiego pytania wymaga, choćby pokrótce, scharakteryzowania przebiegu i mechanizmu napadu padaczkowego z punktu widzenia klinicznego i badań eksperymentalnych i ustalenia, jaki czynnik jest w napadzie padaczkowym istotnym i stale występującym.

W napadzie padaczkowym możemy rozróżnić kilka kategorji zjawisk ważniejszych: 1) utrata świadomości, 2) drgawki, 3) zaburzenia wegetatywne (bladość, sympatykotonja, rozszerzenie źrenic, pocenie się, ślinienie, oddawanie moczu bezwiednie, wahanie ciśnienia krwi, przemiany materji, wstrząs, objawy naczynioruchowe). Istnieją jednak przypadki, w których może nie być albo utraty świadomości (padaczka Jacksona), albo objawów drgawkowych (petit-mal). Natomiast zaburzeniu wegetatywne w każdej postaci (*Orzechowski i Meisels* (5), *Frisch* (*19*)) stale towarzyszą napadowi padaczkowemu, a szczególniej *zaburzenia naczynioruchowe są stwierdzane przy każdym napadzie padaczkowym* (*Foerster* (97), *Orzechowski* (53), *Wuth* (*75*). *Foerster* (*17*) z naciskiem podkreśla, że zaburzenia naczynioworuchowe w postaci skurczu naczyniowego, wyrażającego się przez nagłe zblednięcie i zmniejszenie objętości mózgu, są zjawiskiem stale występującym przed napadem padaczkowym i czynnikiem może najistotniejszym w łańcuchu zjawisk, przy napadzie padaczkowym występujących. Twierdzi on dalej, że „alle irritativen Noxen erst via Gefässapparat epileptogen wirksam werden; das Gefässystem wäre demnach derjenige Teil des Gehirns, an dem die Noxe primär angreift".

Specht (66) przychyla się do zdania *Fischera*, który przestrzega przed przecenianiem znaczenia sfery ruchowej dla genezy drgawek padaczkowych i widzi momenty dla powstania drgawek w uszkodzeniu regulującego mechanizmu centralnego naczynioruchowego, a być może i innych aparatów układu sympatycznego. *Monakow* (*47*) podaje, że przy każdym napadzie drgawkowym naczynia są zwężone. *Spielmeyer* (68) także kładzie nacisk na dużą rolę skurczu naczyń w napadzie padaczkowym i tłomaczy zmiany w rogu Amona i w móżdżku jako skutek niedokrwistości napadowej, spowodowanej przez skurcz naczyń. *Milewski i Wilczkowski* (*46*) stwierdzili przy kapilaroskopji epileptyków szereg odchyleń od normalnego obrazu kapilaroskopowego w postaci archikapilarów, nieprawidłowych postaci kapilarów, uwidocznienia się plexus subpapilaris, częstego rozszerzenia żył, a czasem i tętnic. W jednym przypadku tuż przed napadem stwierdzili stazę i ziarnistość, po napadzie prąd krwi wolny i jednolity. Te zaburzenia naczynioruchowe są tak dalece

stałym składnikiem napadu padaczkowego, że skłaniają *Orzechowskiego* (53) do wypowiedzenia zdania, *„że żadna teorja patogenezy padaczki nie może ominąć czynnika naczynioruchowego"*.

Mamy więc z jednej strony zmiany wegetatywne, a zwłaszcza zaburzenia naczynioruchowe, jako stały składnik kliniczny każdego napadu paczkowego,—z drugiej strony, jako *bodaj najstalszą zmianę anatomiczną, mamy zmiany w dolnych warstwach kory mózgowej.* Narzuca się wprost przypuszczenie, że *czynnik naczynioruchowy i zmiany w dolnych warstwach kory stoją w pewnym związku ze sobą,* mianowicie, że *w dolnych warstwach kory mózgowej znajdują się korowe ośrodki naczynioruchowe.* Twierdzenie to znajduje poparcie w całym szeregu faktów i wypływających z nich wiosków różnych autorów. *Monakow* (47) w swych pracach eksperymentalnych, mianowicie przy drażnieniu prądem faradycznym kory mózgowej, wywoływał nietylko najrozmaitszy ruch mięśni, ale także działanie drażniące na układ wegetatywny ośrodkowy (zwężenie lub rozszerzenie źrenic, działanie na żołądek i przewód pokarmowy, na wydzielanie śliny, soku trzustkowego, żółci, potu, na narządy płciowe, pęcherz, anus, na nerwy naczynioruchowe, nerwy sercowe). Najskuteczniejsze w tym kierunku jest drażnienie sfery ruchowej (regio sigmoidea i najbliższe okolice). Nie jest jednak wykluczone, zdaniem *Monakowa* (47), że bogate przedstawicielstwo nerwów sympatycznych znajduje się w polach, leżących poza sferą pobudliwą sensu stricto. Dalej *Monakow* (47) twierdzi, że istnieją *korowe ośrodki naczynioruchowe dla poszczególnych członków i części członków. Oppenheim* (51) także twierdzi, że kora mózgowa zawiera ośrodki naczynioruchowe w pobliżu ruchowych. *Spiegel* (57) omawiając znaczenie kory mózgowej dla układu wegetatywnego, dochodzi na zasadzie przytoczonego przez niego materjału i literatury do wniosku, że istnienie w korze ośrodków wegetatywnych nadrzędnych nie da się zaprzeczyć. W szczególności co się tyczy układu naczynioruchowego, przytacza cały szereg przypadków (*Oppenheim* (51), *Peritz* (55)) i doświadczeń, potwierdzających jego wniosek, usuwa się jednak od określenia czy istnieje szereg poszczególnych ośrodków dla różnych obszarów naczyniowych, jak tego chcą *Bechterew* (4) *i Monakow* (47), czy też istnieje jeden ośrodek korowy, który wpływa na wszystkie naczynioruchowe ośrodki podkorowe. *Mazurkiewicz* (42 *i* 43), rozpatrując akt uświadomienia wrażenia organicznego, wymaga: 1) zmiany fizjologicznego stanu narządu trzewiowego, stanowiącej bodziec o dostatecznem napięciu; 2) przewodzenia podrażnienia, wywołanego przez ten bodziec, od narządu trzewiowego do kory mózgowej;

tkanką przewodzącą w tym wypadku mogą być tylko włókna układu roślinnego; 3) istnienia pola lub pól roślinnych, do których włókna roślinne doprowadzają rozdrażnienia (roślinny analogon pól projekcyjnych); 4) istnienia w korze mózgowej lokalizacyjnie odrębnych lub identycznych z poprzedniemi pól mnestyczno-roślinnych, w których następuje pierwotne rozpoznanie tożsamości wrażenia (a zatem i uczucia) organicznego; możemy rozpoznać wrażenie głodu lub przepełnionego pęcherza tylko w takim razie, jeśli posiadamy organiczną pamięć dawniejszych wrażeń analogicznych; 5) ogólny proces uświadamiający kory mózgowej, a właściwie układu mnestyczno-kojarzeniowego. „Musimy zatem oprócz znanych układów palaeencefalicznych, przyjąć istnienie w półkulach mózgowych układu roślinnego neencefalicznego". Na zasadzie powyższego obecność ośrodków wegetatywnych i naczynioruchowych w korze zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Przypadek padaczki Jacksona (nasz przypadek VI-y), opisany przez *Wicherta* (*74*) już poprzednio pozwala na przypuszczenie, że ośrodki wegetatywne korowe, a w szczególności naczynioruchowe, znajdują się w dolnych warstwach kory. Wydaje się nam to zupełnie uzasadnione, jeżeli uwzględnimy zdanie *Rosego* (*61*), że dolne warstwy kory są filogenetycznie najstarsze wśród neencephalon. *Jakob* (*32*) także, na zasadzie tego, że znajdował zmiany w dolnych warstwach kory (także i w IV-ej) obok zmian w striatum w paralysis agitans, w psychozach starczych z objawami pozapiramidowymi, w stanach poencefalitycznych, w pseudosklerozie, w chorea Hungtintoni twierdzi, że istnieje ścisły związek (onto- i filogenetyczny) między striatum i dolnemi warstwami kory (także i IV-tą), że tworzą one genetycznie i funkcjonalnie jeden układ narządów, a nawet „erscheinen Striatum und die tieferen Rindenschichten als ein biologisch zusammengehöriges Organ".

Powstaje pytanie, w jakich okolicach kory mózgowej należałoby umiejscowić te ośrodki naczynioruchowe korowe. *Monakow* (*47*) umiejscawia ośrodki wegetatywne w okolicy ruchowej, jednak uważa za możliwe istnienie ich także i w innych polach. *Bechterew* (*4*) rozróżnia ośrodki zwężające naczynia i znajdujące się w sferze ruchowej lub jej najbliższem sąsiedztwie od ośrodków rozszerzających naczynia, położonych bardziej ku przodowi w płacie czołowym. W naszych przypadkach łącznie z przytoczonymi z literatury, zmiany w dolnych warstwach były przeważnie w płatach czołowych i środkowych przednich, rzadziej w skroniowych, o ile były w ciemieniowych i potylicowych, to towarzyszyły zmianom zwykle wybitniejszym

w płatach czołowych lub środkowych. *Peritz* (55) podaje 2 przypadki, a *Boettiger* (7) jeden — postrzałów w okolicę kości ciemieniowej (gyrus centralis posterior), w których postępowały drgawki obok całego szeregu objawów wegetatywnych i czuciowych (między innemi pocenie się i wzmożenie ciśnienia krwi po stronie chorej). *Peritz* (55) łączy to z uszkodzeniem ośrodków w okolicy zwężających naczynia, co jest zgodne z umiejscowieniem tych ośrodków w okolicy ruchowej i jej sąsiedztwie przez *Bechterewa* (4). *Herrmann i Wodak* (25) opisują przypadek uszkodzenia płatu czołowego (I, II, III zwój), w którym występowały napady padaczkowe. *Sittig* (65) opisuje przypadek postrzału w lewy płat czołowy, w którym także występowały przez czas dłuższy napady padaczkowe. *Redlich* (59) podaje statystykę napadów padaczkowych po postrzałach czaszki z uwzględnieniem poszczególnych okolic czaski. Statystyka jego obejmuje 100 przypadków, z których w 58 występowały napady padaczkowe. a w 42 napadów takich nie było.

Przypadki z napadami padaczkowemi:

Kość ciemieniowa	63.7%
Kość czołowa	10.3%
Kość skroniowa	8.6%
Kość potylicowa	3.4%
Przestrzał przez półkulę	8.6%
Przypadki skomplikowane	5.4%

Przypadki bez napadów padaczkowych:

Kość ciemieniowa	45.3%
Kość czołowa	9.5%
Kość skroniowa	7.1%
Kość potylicowa	23.8%
Przypadki skomplikowane	14.3%

Sam *Redlich* (59) duży procent uszkodzeń kości ciemieniowej wogóle tłumaczy tem, że kość ta bardziej od innych wystawiona jest na urazy. Dalej wynika z tej statystyki, że przy obecności napadów padaczkowych przedni biegun mózgu był procentowo częściej uszkodzony, a w przypadkach z brakiem napadów padaczkowych częstsze było uszkodzenie tylnego bieguna mózgu. W przypadkach naszych i omówionych powyżej przypadkach innych autorów, na 38 przypadków z napadami padaczkowemi mieliśmy uszkodzeń dolnych warstw kory przeważnie płatu czołowego w 27 przypadkach, z tego w 9-ciu uszkodzenie było wyłącznie w płacie czołowym, przeważnie

w zwoju środkowym przednim w 11-tu przypadkach, w środkowym tylnym w 9-ciu, w skroniowym i ciemieniowym po 8, w potylicowym w 2-ch przypadkach. We wszystkich tych przypadkach poza 9-cioma wyżej wymienionymi wyłącznymi uszkodzeniami płatu czołowego, uszkodzeń izolowanych poszczególnych płatów nie spotykaliśmy. W pozostałych 11-tu przypadkach dolne warstwy wszystkich płatów były również mniej lub więcej uszkodzone. Z tego wynika, że największa częstość uszkodzeń dotyczyła płatu czołowego (27), a najmniejsza potylicowego (2). Dane te podajemy tylko dla ogólnej orjentacji, nie wystarczają one bowiem do wyprowadzenia jakichkolwiek wniosków w kierunku lokalizacji płatowej omawianych ośrodków naczynioruchowych korowych. Możnaby conajwyżej wyrazić przypuszczenie, że ośrodki te znajdują się raczej w korze przedniej części mózgu, a więc w okolicy od przedniego bieguna mózgu do sulcus Rolandi włączając płat skroniowy, a być może znajdują także niedużą przestrzeń ku tyłowi od sulcus Rolandi w obrębie gyrus centralis posterior.

Stwierdzenie zaburzenia w dziedzinie układu naczynioruchowego ośrodkowego, zależnego od zmian w ośrodkach naczynioruchowych korowych, umiejscowionych według nas w dolnych warstwach kory mózgowej (znalazło to potwierdzenie w wynikach badań anatomicznych różnych autorów, którzy znajdowali przy napadach padaczkowych zmiany w dolnych warstwach kory), wypełniłoby lukę istniejącą we współczesnej teorji toksycznej ujmowania mechanizmu napadu padaczkowego. Opierając się na twierdzeniu *Foerstera* (*17*), że napad padaczkowy może być wywołany przez bodziec drażniący jedynie za pośrednictwem układu naczynioruchowego, możemy powiedzieć, że przy nieuszkodzonym układzie naczynioruchowym, bodziec taki, czy to będzie czynnik toksyczny zewnątrz lub wewnątrzpochodny, czy zmiana w konstelacji wewnątrzwydzielniczej, jak pokwitanie, ciąża lub schorzenie gruczołów dokrewnych (*Schou and Susman* (63)) jest odpowiednio załatwiany przez ten układ naczynioruchowy bez znaczniejszych widocznych zaburzeń w funkcjonowaniu ustroju. Z chwilą zaś, gdy układ naczynioruchowy zostanie w swych ośrodkach korowych w jakikolwiekbądź sposób uszkodzony przez jakiś proces zapalny lub toksyczny przez nowotwór lub uraz albo jeżeli mamy do czynienia z jego niedomogą wrodzoną, powstaje niemożność należytego załatwienia bodźca dośrodkowego, która wywołuje napad padaczkowy. Reakcja układu naczynioruchowego nie może wskutek uszkodzenia ośrodków regulujących przebiegać w sposób fizjologiczny i wyraża się wtedy

w postaci nadmiernego skurczu i następowego rozkurczu naczyń mózgowych, co się uwidacznia przez obserwowane przez *Foerstera* (*17*), zblednięcie i zmniejszenie objętości mózgu w całości lub częściowo, co potwierdza *Orzechowski* (*53*). Takie napadowe i gwałtowne daleko idące zmiany w ukrwieniu tkanki mózgowej dają w następstwie zwykle utratę świadomości i drgawki.

Nie rozstrzygając istnienia ściśle określonego ośrodka czuwania czy snu, lokalizowanego przez wielu w tylnej części dna III-ej komory, możnaby przypuścić, że powodem utraty świadomości jest nagły, gwałtowny skurcz naczyń mózgowych, i przez to anemizacja mniej lub więcej rozległych partji mózgu. Czy przyjmiemy zależność istnienia stanu snu i czuwania od wspomnianego ośrodka (*Gayet* (*20*), *Mauthner* (*41*), *Pötzl* (*56*), *Trömner* (*71*), *Economo* (*14*), *L. R. Müller* (*49*)), czy też zmiana tych stanów zależna jest jedynie od stanu kory mózgowej (*Goldscheider* (*23*), *Haberman* (*24*), *Nachmansohn* (*50*)), to w każdym razie nagła anemizacja większej lub mniejszaj części mózgu może powodować utratę świadomości. W I-ym przypadku może ona objąć także ośrodek czuwania, i wskutek tego wywoływać utratę świadomości, w drugim przypadku anemizacja znacznych części kory mózgowej eo ipso przerywa jej czynność i może powodować utratę świadomości. Istnieją jednak przypadki padaczki Jacksonowskiej, w której występują napady drgawkowe bez utraty świadomości. Być może wtedy nagła anemizacja mózgu obejmuje niezbyt rozległe przestrzenie, ewentualnie nie dochodzi do okolicy Mauthnerowskiej. Zgodnie zaś z teorją *Pötzla* (*56*), który przypuszcza istnienie ośrodków snu i czuwania symetrycznie w obu półkulach mózgu i za konieczny warunek powstania patologicznego snu uważa uszkodzenie jednoczesne tych ośrodków w obu półkulach, możemy przypuścić, że brak utraty świadomości w padaczce Jacksonowskiej wynika z połowicznego charakteru anemizacji.

Prawdopodobnie także jako skutek takiej napadowej anemizacji pewnych okolic mózgu (sfera ruchowa i jej sąsiedztwo) występują w czasie napadu padaczkowego drgawki. Symptomatologja drgawek w napadach padaczkowych jest bardzo różnorodna. Obok drgawek ogólnych mamy cały szereg zespołów drgawkowych bądź o charakterze drgawek połowicznych, bądź drgawek ograniczonych do pewnych części ciała (kończyna dolna, górna, gałki oczne, mięśnie twarzy i t. d.). Ta różnorodność zespołów drgawkowych, może być, zależną jest od lokalizacji i rozległości uszkodzeń ośrodków naczynioruchowych korowych i od intensywności bodźca drażniącego. Zgadzałoby się to z naszym dotychczasowym doświadczeniem, że

ściśle ograniczone ogniska w korze mózgowej dają nam najczęściej napady o charakterze Jacksona, a zależnie od umiejscowienia danego ogniska przyjmuje udział albo jedna połowa ciała lub jej część. Naszem zdaniem mają rację ci autorowie, którzy, jak *Monakow* (47), *Bechterew* (4) przyjmują istnienie zróżniczkowania ośrodków naczynioruchowych dla poszczególnych części ciała. Zgadzałoby się to z poglądem *Foerstera* (72) o istnieniu w korze mózgowej poszczególnych ograniczonych pól, jako wyjścia dla poszczególnych zespołów drgawkowych. Taki ograniczony charakter reakcji ruchowej w napadach Jacksonowskich sprzeciwiałby się ogólnej właściwości reagowania układu współczulnego, wiemy bowiem, że ten układ utworów niższych reaguje w ten sposób, że podrażnienie wywołuje albo maksymalną reakcję albo reakcji wcale nie wywołuje („wszystko albo nic" *Bowditcha*). Wprawdzie u człowieka układ współczulny nawet obwodowy już wykazuje pewien stopień zróżniczkowania anatomicznego i czynnościowego, ale jednak w dużej mierze zachowuje powyższą właściwość reagowania, stwierdzoną na niższych szczeblach biologicznych. Dowodem tego jest reakcja całego organizmu nowörodka naprzykład na głód, albo i niektóre silniejsze wzruszenia u ludzi dorosłych. Mamy tu więc do czynienia z zatraceniem przez układ wegetatywny korowy pierwotnego charakteru reagowania i przyjmowania charakteru reagowania układu neencefalicznego. Są jednak przypadki w których po szeregu typowych napadów Jacksonowskich zjawia się napad ogólny lub ich szereg. W tych przypadkach mamy do czynienia jakby z przywróceniem zatraconego charakteru reagowanja układu wegetatywnego. Jakie warunki składają się na tę zmianę charakteru reagowania, nie jesteśmy w stanie obecnie odpowiedzieć.

Jaki jest mechanizm fizjochemiczny powstawania drgawek — jest to zagadnienie, które by nas zaprowadziło daleko poza ramy zakreślonego przez nas traktowania zagadnienia z punktu widzenia histopatologji. Przypuszczenia o celowości napadu padaczkowego, jako reakcji przeciwko zatruciu, dążącej do usunięcia tego zatrucia (*Muskens* (48) *Orzechowski* (53)), są wprawdzie hypotezą, ale istnieje możliwość, że napad padaczkowy, a specjalnie skurcz naczyniowy mózgu jest objawem dążenia ustroju do usunięcia szkodliwości, pochodzących z niemożności załatwienia w należyty sposób jakiegoś bodźca ustrojowego wobec uszkodzenia ośrodków naczynioruchowych korowych.

Nasze ujęcie sprawy pozwala zastosować teorję toksyczną padaczki i do padaczki objawowej, zależnej od ograniczonych ognisk

w korze mózgowej, powstałej z powodn lokalnych procesów zapalnych, urazów lub nowotworów, jeżeli uszkodzone są dolne warstwy kory. Dotąd teorja ta miała zastosowanie tylko do padaczki samoistnej lub objawowej, powstałej na tle zatrucia wewnątrz- lub zewnątrzpochodnego, lub do padaczki eksperymentalnej, powstałej wskntek drażnienia kory prądem elektrycznym.

Tak więc zaburzenie w funkcjonowaniu ośrodków naczynioruchowych, korowych zlokalizowane lub rozlane, wydaje się nam istotnym i niezbędnym ogniwem w mechanizmie powstania napadu padaczkowego, na co wskazywałyby stale spotykane zmiany w dolnych warstwach kory w naszych przypadkach i przypadkach innych autorów podanych wyżej. Jednak możnaby sobie wyobrazić, że zaburzenia w funkcjonowaniu korowych ośrodków naczynioruchowych mogą być także funkcjonalne, przejściowe, a więc mikroskopowo nieuchwytne. Za tem mogłyby przemawiać przypadki drgawek, występujących w przebiegu ostrych zatruć lub infekcji i nie powtarzających się po ustąpieniu czynnika chorobowego.

Jak widać z przytoczonych przypadków z literatury (grupa d), istnieją również przypadki ze zmianami w dolnych warstwach kory mózgowej, które przebiegały klinicznie bez napadów padaczkowych. Wytłumaczyć to zjawisko daje się przez to, że obecność zmian w ośrodkach naczynioruchowych korowych jest koniecznym ogniwem przy powstawaniu napadów, ale oczywiście nie jedyną przyczyną, gdyż do powstawania napadów konieczny jest jeszcze bodziec dośrodkowy, idący z ustroju. Brak takiego bodźca tłumaczyłby brak napadów padaczkowych nawet przy obecności uszkodzeń ośrodków naczynioruchowych korowych. W podobny sposób możnaby tłumaczyć rzadkość napadów padaczkowych w schizofrenji, w której, jak wiadomo, poza III-cią warstwą kory uszkodzona bywa zwykle i V-ta warstwa. Może być jest to zależne od zmniejszonego dopływu bodźców dośrodkowych z ustroju, zaczem przemawiałoby otępienie afektywne, charakteryzujące każdy przypadek schizofrenji, a prawdopodobnie także zależne od tego zmniejszonego dopływu bodźców ustrojowych. Zmniejszony dopływ bodźców ustrojowych może zależeć albo 1) od zmniejszonego powstawania samych bodźców w ustroju, 2) od uszkodzenia dróg, po których te bodźce dochodzą do kory mózgowej; wreszcie przy normalnym dopływie bodźców z ustroju uszkodzona kora reaguje na nie w sposób niedostateczny, co daje rezultat taki, jakbyśmy mieli do czynienia ze zmniejszonym dopływem bodźców ustrojowych. Również tak częste i pospolite w schizofrenji różnorodne objawy kliniczne wegetatywne, świadczące

o schorzeniu układu wegetatywnego (bladość, sinica kończyn, nadmierne pocenie się, ślinienie i t. d.) upoważniają do przypuszczenia, że właśnie w zaburzeniach funkcjonowanie układu wegetatywnego możnaby się dopatrywać powodu zmniejszenia dopływu bodźców ustrojowych do ośrodkowego układu nerwowego,

W podobny sposób możemy wytłumaczyć jeszcze rzadsze występowanie drgawek w schorzeniach układu pozapimramidowego, w których tak częste są zmiany anatomiczne, również i w dolnych warstwach kory obok zmian w pniu mózgowym i międzymóżdżku *Jakob (32 l. c.).* Schorzenia te obok zasadniczych różnic anatomicznych i klinicznych ze schizofrenją, wykazują także szereg cech wspólnych w dziedzinie zaburzeń wegetatywnych i w sferze afektywnej, które może być stoją także w związku ze zmniejszonym dopływem bodźców ustrojowych. *Prus* (57) uważa, że przewodzenie impulsów ruchowych z kory przy epilepsji korowej przechodzi przez drogi pozapiramidowe, które przebiegają w dorsalnym odcinku mesencephalon albo substantia nigra.

Wiadomą jest rzeczą, że spokój, leżenie w łóżku, zmniejsza ilość napadów u epileptyków, i odwrotnie silne wzruszenia, wyładowania afektywne mogą pociągnąć za sobą u epileptyków pojawienie się napadów padaczkowych lub wzmożenie się ich ilości, a nawet istnieje postać padaczki afektywnej (*Affektepilepsie Bratza*). Na zasadzie powyższych wywodów rzecz ta jest nieco zrozumialsza i łączy się także ze zmniejszeniem się lub zwiększeniem pobudzeń ustrojowych. Możliwe jest, że silne afekty, wywierające wpływ na powstawanie lub zwiększanie się ilości napadów padaczkowych, działają poprzez układ wegetatywny względnie neuroglandularny, wzmagając ilość i nasilenie bodźców ustrojowych. Natomiast rzeczą paradoksalną na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać przerywanie się napadów drgawkowych po ciężkim urazie mózgu, o czem wspomina *Reichardt* (60). I tutaj jednakże można byłoby przypuszczić, że taki ciężki uraz mógłby spowodować zmniejszenie się dopływu pobudzeń ustrojowych przez ewentualne uszkodzenie dróg doprowadzających i mniejsze zapotrzebowanie czynności regulującej ośrodków naczynioruchowych korowych. To samo możnaby powiedzieć odnośnie do przypadków padaczki (*Rechardt* (60), *Siebert* (64)), w której napady przerywały się po wystąpieniu porażenia postępującego. Opis jednego z 2-ch przypadków *Sieberta* (64) wskazuje na to, że przypadek ten należał do postaci parkinsonowskiej porażenia postępującego. W przypadkach takich analogicznie do przypadków scho-

rzeń układu pozapiramidowego można przypuścić zmniejszenia się dopływu bodźców ustrojowych do ośrodkowego układu nerwowego.

Nie dążymy zresztą tutaj do wszechstronnego i szczegółowego zobrazowania całego mechanizmu napadu padaczkowego. Naszym celem było jedynie wykazanie pewnych zmian histopatologicznych w padaczce i powiązanie ich z jednym z najważniejszych czynników w mechanizmie padaczkowym. Mianowicie na podstawie przytoczonego materjału faktycznego i jego interpretacji możemy przyjąć, że

1) najstalszą może zmianą hjstopatologiczną w padaczce są zmiany w dolnych warstwach kory mózgowej;

2) w tych dolnych warstwach kory znajdują się ośrodki naczynioruchowe korowe, których uszkodzenie jest koniecznem ogniwem w powstawaniu napadu padaczkowego;

3) zmiany w dolnych warstwach kory w padaczce nie są skutkiem napadów padaczkowych, jak np. zmiany w rogu Amona, móżdżku, III-ej warstwie kory i t. d. a są tych napadów jedną z istotnych i niezbędnych przyczyn.

OPIS TABLIC.

Tablica I.

Fot. 1. Zwój środkowy przedni z przypadku I-go. Wyjaśnienie w miejscu warstwy V-ej kory. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 19.

Fot. 2. Zwój środkowy tylny z przypadku I-ego. Wyjaśnienia mniejsze niż poprzednio w V-ej warstwie kory i luki w III-ej. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 19.

Tablica II.

Fot. 3. Płat czołowy *(F. 1.)* z przypadku I-ego. Ślad wyjaśnienia w warstwach III-ej i V-ej kory. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 19.

Fot. 4. Płat skroniowy *(T 1.)* z przypadku I-ego Luki przeważnie w III-ej i V-ej warstwach kory. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 19.

Tablica III.

Fot. 5. Calcarina z przypadku I-go. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow.—19.

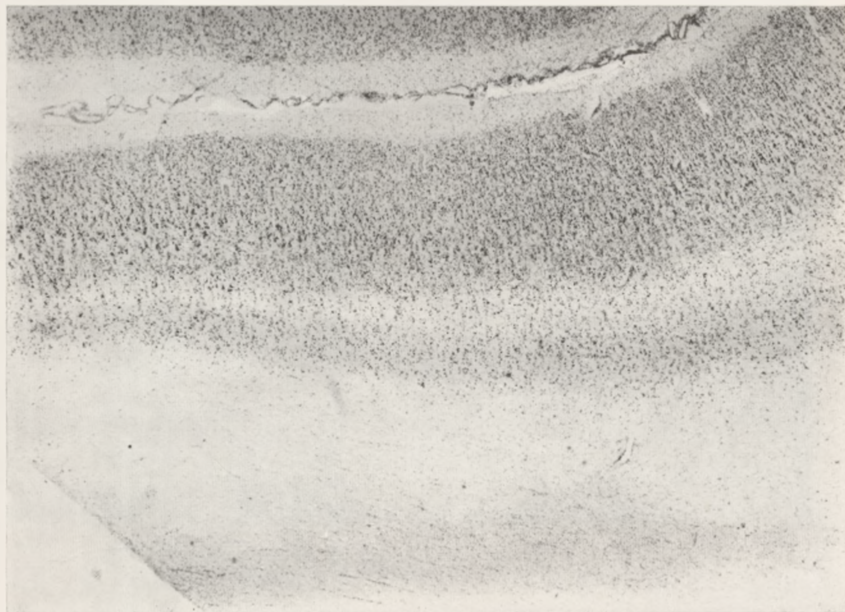
Fot. 6. Zwój środkowy tylny z przypadku II-go. Wyjaśnienie w miejscu V-ej warstwy kory. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 19.

Tablica IV.

Fot. 7. Blizna w zwoju środkowym przednim przypadku IV-go. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 23.

Fot. 8. Płat czołowy *(F 1.)* z przypadku V-go. Nacieki w dolnych warstwach kory. Mikroplanar 1 : 4,5 f = 35 mm. Pow. — 25.

TABLICA I.

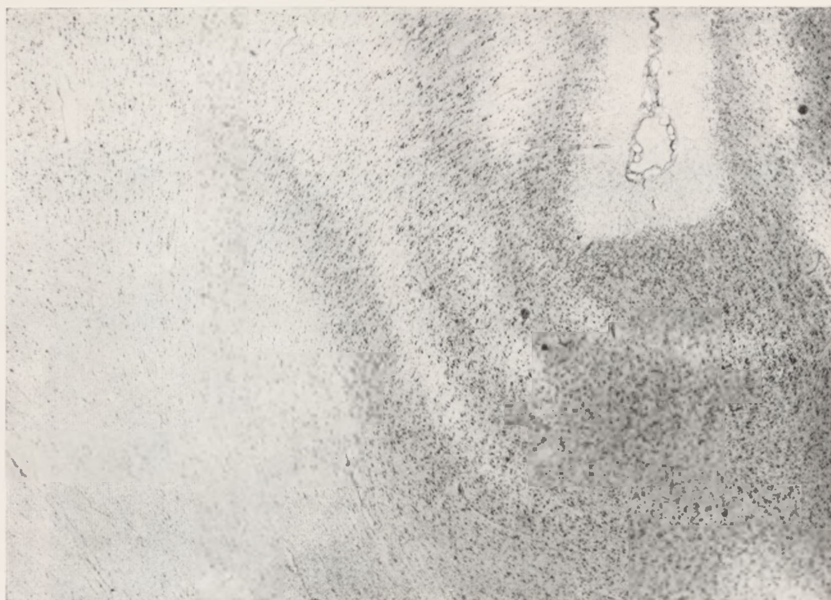


Fot. 1.



Fot. 2.

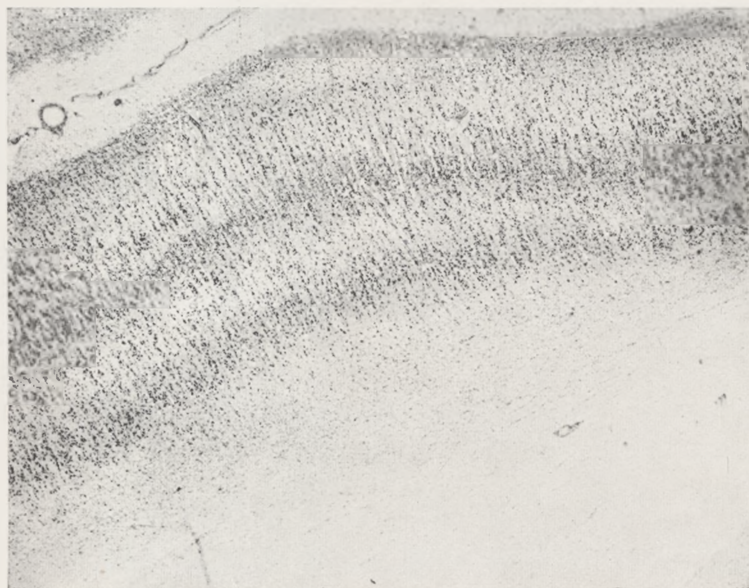
TABLICA II.



Fot. 3.



Fot. 4.

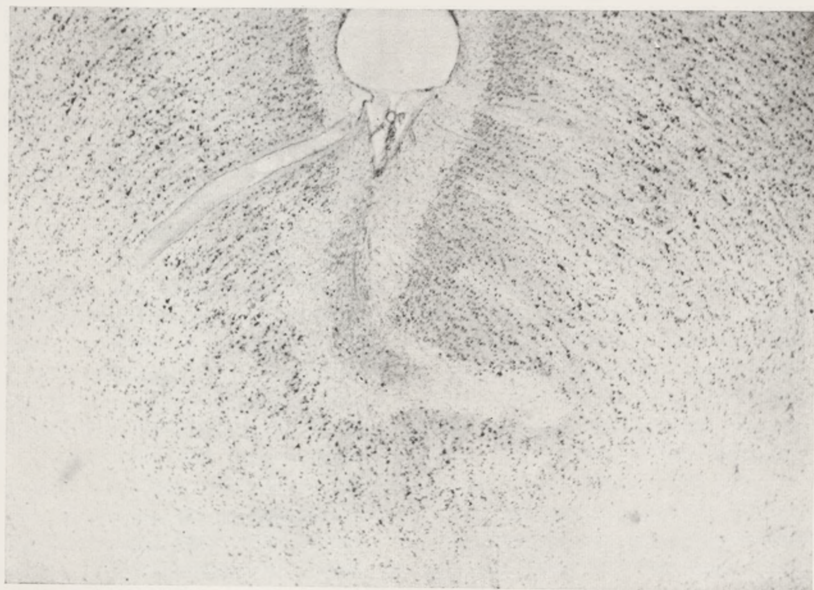


Fot. 5.



Fot. 6.

TABLICA IV.



Fot. 7.



Fot. 8.

PIŚMIENNICTWO.

1) Alzheimer. (Według Klarfelda: Die Anatomie der Psychosen). 2) Alzheimer. Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progresiven Paralyse. Histol. u. histopath. Arbeiten. Jena. Fischer. 1904. 3) Balduzzi O. Die Tumoren des Corpus callosum. Archiv f. Psych. u. Neur. 79. 1927. 4) Bechterew. Die Funktionen der Nervencentra. Jena. Fischer. 1908. 5) Blum K. Über den feineren Bau von Hirnnarben nach einer alten Schussverletzung. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 68. 1921. 6) Bock H. E. Über Encephalitis bei Puerperalerkrankungen. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 115. 1928. 7) Boettiger. Streifschuss am rechten Os parietale. Neur. Centrblt. 1915. 8) Bratz. (Według Klarfelda: Die Anatomie der Psychosen). 9) Brinkmann F. Über flächenhafte Rindenerweichungen bei Arteriosklerose der kleinen Rindengefässe. Ztschr. f. Neur. Psych. 100. 1926. 10) Cajal S. R. Beitrag zur Kenntnis der Neuroglia des Gross—und Kleinhirns bei der progressiven Paralyse mit einigen technischen Bemerkungen zur Silberimprägnation des pathologischen Nervengewebes. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 100. 1926. 11) Chaslin. (Według Klarfelda, Die Anatomie der Psychosen). 12) Creutzfeldt H. G. Über eine eigenartige herdförmige Erkrankung des Zentralnervensystems. Histol. u. histopath. Arbeiten. Erg. Band 1921. 13) Dickmann H. Über Encephalitis subcorticalis chronica progressiva. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 49. 1919. 14) Economo C. Über den Schlaf. Wien. Springer. 1925. 15) Féré Ch. Les epilépsies et les epileptiques. Paris. Alcan. 1890. 16) Filimonoff. Zur Lehre von der sogenannten transcortikalen motorischen Aphasie. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 86. 1923. 17) Foerster O. Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Ztrbl. f. Neur. u. Psych. 44. 1926. str. 746. 18) Freedom. Über einen eigenartigen Krankheitsfall des jugendlichen Alters unter dem Symptomenbilde einer Littleschen Starre mit Athetose und Idiotie. Archiv f. Psych. u. Neur. 79. 1927. str. 583. 19) Frisch. Das vegetative System der Epileptiker. Berlin. Springer 1928. 20) Gayet. (Według Nachmansohna—Zur Frage des Schlafzentrums). 21) Globus J. H. Ein Beitrag zur Histopathologie der amaurotischen Idiotie. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 85. 1923. 21a) Gerstmann. Neurol. Centrbl. 34. 1915 str. 174. 22) Globus J. H. Über symptomatische Chorea bei Diphterie. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 85. 1923. 23) Goldscheider A. (Według Nachmansohna Zur Frage des Schlafzentrums). 24. Haberman I. V. Sleep (normal and anormal) and the mechanism of sleep. Med. rech. 101. 1922. 25) Herrmann G. u. Wodak E. Epileptische Anfälle nach Schädeltrauma mit besonderen Stinhirnmechanismen. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 98. 1925. 26) Hiller Fr. Über die krankhaften Veränderungen im Zentralnervensystem nach Kohlenoxydvergiftung. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 93. 1924. 27) Hilpert P. Zur Klinik u. Histopathologie der Alzheimerschen Krankheit. Archiv f. Psych. u. Neur. 76. 1926. 28) Jakob A. Normale u. pathologische Anatomie u. Histologie des Grosshirns. Leipzig u. Wien. Deuticke. 1927. 29) Jakob A. Über die Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefässe. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 54, 1920. 30) Jakob A. Zur Klinik und Pathologischen Anatomie der stationären Paralyse Ztschr. f. Neur. u. Psych. 54. 1920. 31) Jakob A. Über eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem anatomischen Befunde. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 64. 1921. 32. Jakob A. Die extrapyramidalen Erkrankungen. Berlin. Springer. 1923. 33) Josephy H. Zur Pathologie der tuberösen Sklerose. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 67. 1921. 34) Josephy H. Beiträge zur Histopathologie der Dementia praecox. Ztschr. f. Neur. u Psych. 86. 1923. 35) Kashida. Über Gehirnarteriosklerose des früheren Alters und über die Kombination von corticalen, pyramidalen und extrapyramidalen Symptomen bei der Gehirnarteriosklerose. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 94. 1925.

36) Klarfeld B. Die Anatomie der Psychosen. München. Bergmann 1924. 37) Kufs H. Beiträge zur atypischen Paralyse. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 106. 1926. 38. Mankowsky B. u. Bereschansky P. Eine Hirnapoplexie bei einem Malariakranken. Ztschr. f. Neur. u Psych. 106. 1926. 39) Marinescu-Baloi. Über die pathologische Anatomie u. Patho-Physiologie der akuten epidemischen Encephalitis. Archiv f. Psych. u. Neur. 76. 1926. 40) Matzdorf. Eine diffuse Geschwulst der weichen Hirnhäute. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 86. 1923. 41. Mauthner L. Poliencephalitis und Schlaf. Wien. med. Wochenschr. 26. 1891. (według Nachmansohna). 42) Mazurkiewicz J. O anatomicznem podłożu stanów psychicznych i ich zaburzeń. Łódź 1918. 43) Mazurkiewicz J. Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne. Roczn. Psychjatr. II. 1925. 44) Meyer A. Über die Wirkung der Kohlenoxydvergiftung auf das Zentralnervensystem. Ztschr. f. Neur. u Psych. 100. 1926. 45) Meynert. (Według Klarfelda—Die Anatomie der Psychosen). 46) Milewski i Wilczkowski. Obserwacja kapilaroskopijna u epileptyków (referat, wygłoszony na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich 1928.). 47) Monakow. Gehirnpathologie. Wien. Hölder. 1905. 48)M uskens L. J. J. Epilepsie. Berlin. Springer. 1926. 49) Müller L. R. Lebensnerven. Berlin. Springer 1924. 50) Nachmansohn D. Zur Frage des „Schlafzentrums". Ztschr. f. Neur. Psych. 107. 1927. 51) Oppenheim H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. Karger. 1913. 52) Neubürger. Fall Jäger. Nissls Beiträge. t. II. z. l. 1923. 53) Orzechowski K. Klinika i patogeneza padaczki. Roczn. Psychjatr. IX. 1929. 54) Orzechowski i Meisels. Untersuchungen über das Verhalten des vegetativen Nervensystems in der Epilepsie, Epilepsia. IV. 55) Peritz. Zwei Fälle von Gehirnschüssen. Neurol. Zentrbl. 1915. 56) Pötzl. O. Zur Topographie der Schlafzentren. Monatschr. f. Psych. u. Neur. 64. 1927. 57) Prus. Wien. klin. Wochenschr. 1898. 58) Ranke. Fall Schänzchen. Nissls Beiträge. t. I. z. l. 1915. 59) Redlich E. Zur Pathologie der Epilepsie nach Schädelschussverletzungen. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 48. 1919. 60) Reichardt M. Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. Klinisches, Konstitution, Hirn. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 89. 1924. 61) Rose M. Über das histogenetische Prinzip der Einteilung der Grosshirnrinde. Journ. f. Psych. u. Neur. 32. 1925. 62) Sagel. Histologische Analyse des Gliastrauchwerks der Kleinhirnrinde Ztschr. f. Neur. u. Psych. 71. 1921. 63) Schou a. Susman. The Endocrines in Epilepsy: a Histological Study. Brain. 50. 1927. 64. Siebert H. Über Epilepsie. Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 60. 1918. 65. Sittig O. Über Gliastrauchwerk im Kleinhirn u. andere Veränderungen bei einem Falle von traumatischer Epilepsie nach Kopfschuss. Ztschr. f. Neur. Psych. 58. 1920. 66) Specht. (Według Müllera: Die Lebensnerven). 67) Spiegel E. A. Die Zentren des autonomen Nervensystems. Berlin. Springer. 1928. 68) Spielmeyer W. Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Histopathologischer Teil. Ztrbl. f. Neur. u. Psych. 44. 1926. str. 764. 69) Spielmeyer W. Histopathologie des Nervensystems. Berlin. Springer. 1922. 70) Turner. (Według Klarfelda: Die Anatomie der Psychosen). 71) Trömner E. Das Problem des Schlafes. Bergmann 1912. 72) Weimann W. Gehirnveränderungen bei akuter u. chronischer Morphiumvergiftung. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 105. 1927. 73) Weimann W. Über melanotische Geschwülste im Zentralnervensystem. Ztschr. f. Neur u. Psych. 85. 1923. 74) Wichert Fr. Rzadkie objawy wegetatywne w przypadku padaczki Jacksona i próba ich lokalizacji. Roczn. Psychjatr. VIII. 1928. 75) Wuth O. Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Stoffwechselpathologie. Ztrbl. f. Neur. u. Psych. 44. 1926. str. 768.

(Z kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. — Dyrektor: Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz).

BADANIA KAPILAROSKOPOWE U EPILEPTYKÓW [1]).

Podali

DR. TADEUSZ MILEWSKI i DR. EUGENJUSZ WILCZKOWSKI.

Kapilaroskopja jest jeszcze stosunkowo młodą metodą badania klinicznego. Badanie naczyń włosowatych u człowieka żywego napotykało na wielkie trudności techniczne. Chirurg *Hueter* w 1879 r. pierwszy zastosował boczne światło i badał naczynia włosowate dolnej wargi ust przy 52-krotnem powiększeniu. Metoda *Huetera*, którą on nazwał chejlangioskopją, w tym przypadku była wystarczająca, gdyż gładka, wilgotna powierzchnia wargi nie daje refleksów świetlnych, Dopiero w 1891 r. *Unna* zastosował olejki eteryczne dla nadania skórze większej przejrzystości, *Lombard* w 1912 roku uzyskał przejrzystość naczyń włosowatych skóry przez umieszczenie na niej kropli olejku cedrowego lub gliceryny. Za właściwy moment rozwoju kapilaroskopji należy uważać lata 1912—16, w których przez *O. Müllera* i jego szkołę była dokładnie opracowana technika i zostały stworzone odpowiednie przyrządy.

Kapilaroskop — jest to mikroskop z przystosowanem światłem bocznem. Można go ustawić na każdej powierzchni skóry, wybierając odpowiednią płaszczyznę. Dla badania fałdu ponadpaznogciowego mamy specjalne urządzenie z małą rynienką, ułatwiające nam unieruchomienie palca. Przystępując do zbadania pewnego odcinka skóry, najpierw oczyszczamy go delikatnie z łusek naskórka przez zwykłe umycie mydłem i wodą, następnie puszczamy na to miejsce kroplę olejku cedrowego lub gliceryny, lekko je wcierając. Im

---

[1]) Według odczytu wygłoszonego na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w dniu 27 maja 1928 r.

cieńszy jest naskórek w miejscu badanem, tem dokładniejsze otrzymujemy jego prześwietlenie. Używamy powiększenie nie większe, niż 60-krotne, gdyż przy większem obraz wypada niejasno,

Dla utrwalenia obrazu kapilaroskowego mamy dwie drogi: rysunek i fotografję. Ponieważ rysunek może grzeszyć nieraz nieścisłością, wybraliśmy fotografję. Musimy podkreślić, że mikrofotografja u człowieka żywego napotyka znaczne trudności, szczególnie u chorych psychicznie. Unieruchomienie przedmiotu fotografowanego można osiągnąć jedynie przy fotografowaniu naczyć fałdu ponadpaznogciowego zapomocą glinki plastycznej. Przy fotografowaniu natomiast skóry tułowia zmuszeni jesteśmy polegać na zdolności pacjenta do spokojnego leżenia. Czas ekspozycji trwa od 10 do 40 sekund i jest różny w różnych przypadkach. Należy przytem unikać znacznego nagrzewania skóry przy silnem źródle światła.

Kapilaroskopja umożliwia nam badanie przyżyciowe naczyń włosowatych w skórze człowieka. Badanie to otwiera nam drogę w dwóch kierunkach, a mianowicie:

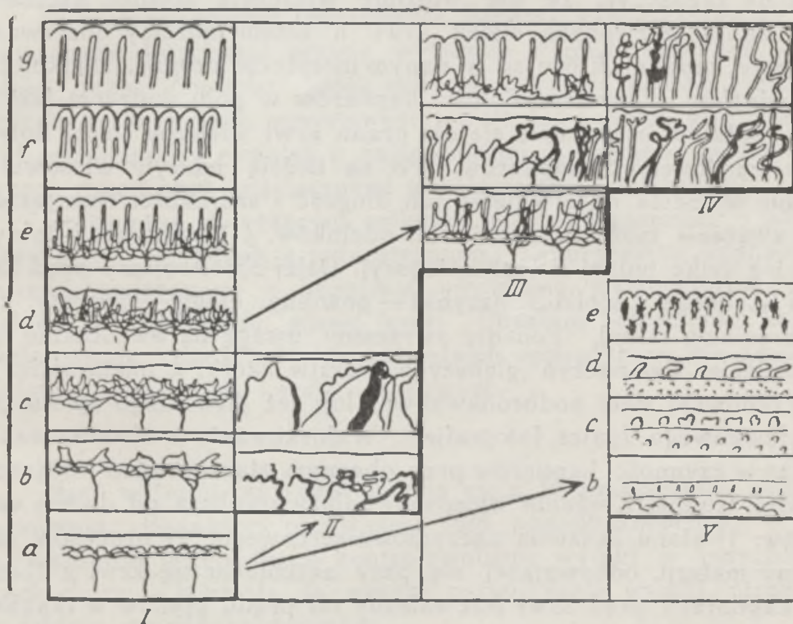
a) daje nam możność stwierdzenia postaci kapilarów;

b) pozwala nam wniknąć w ich czynność.

Przy omówieniu postaci kapilarów skóry nie będziemy poruszali ich anatomji, odsyłając czytelnika pod tym względem do odpowiednich podręczników. Poruszymy kwestję postaci tylko ze stanowiska widzianych przez kapilaroskop obrazów. Zasadnicze normalne postacie naczyń włosowatych zależne są od ułożenia brodawek skórnych. Na fałdzię ponadpaznogciowym, w którym brodawki są ułożone poziomo, widzimy naczynia włosowate w postaci szpilek do włosów lub ósemek (patrz fotografje). W innych zaś miejscach skóry, w miarę jak brodawki przyjmują ustawienie pionowe, naczynia włosowate przyjmują postać łuku, przecinka, gdyż widzimy te same szpilki do włosów, lecz na krótszej przestrzeni i od strony zagięcia. Zatem w różnych miejscach ciała mamy odmienne obrazy kapilarów. W naczyniu włosowatem rozróżniamy: 1) część tętniczą, 2) część żylną i 3) przejście z odcinka tętniczego w żylny, t. zw. wstawkę. Odcinek tętniczy przeważnie jest cieńszy i krótszy, żylny zaś grubszy i dłuższy. Właściwie do tego się ogranicza morfologja normalnych postaci kapilarów, gdyż zazwyczaj nie widzimy naczyń głębiej położonych (splotów podbrodawkowych) lub też widzimy zaledwie ich szczątki.

Zmiany rozwojowe, dotyczące morfologji kapilarów, uzyskały gruntowną podstawę w pracach nad morfogenezą naczyń włosowatych. Badania w tym kierunku były prowadzone przez *Jaenscha*

Wittnebena, Scholba. Podstawową zaś jest praca *Hoepfnera* na materjale 3100 dzieci w wieku od 9-go dnia życia do lat dojrzewania płciowego. Badania *Hoepfnera* dotyczą naczyń włosowatych fałdu ponadpaznokciowego. Autor ten daje nam pewien schemat prawidłowego rozwoju naczyń włosowatych u dzieci, jak również wyodrębnia postacie o rozwoju nieprawidłowym. Podajemy ten schemat, przedrukowany z pracy *Hoepfnera.*



Kolumna pierwsza przedstawia prawidłowy rozwój naczyń włosowatych (*a—g*). Sieć pierwotna (*a*) o cienkich, poziomych, falistych niciach stanowi archikapilary w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, jest zalążkiem późniejszej sieci podbrodawkowej. Z sieci powstają formy przejściowe w postaci „siodełka", lub „kościołów" stanowiąc drugą fazą archikapilarną (*b—d*). W dalszych etapach rozwoju w obrazach kapilaroskopowych spotykamy już prawdziwe kapilary (*e—f*), wystające ponad sieć; natomiast formy przejściowe i sieć pierwotna stopniowo znikają. U dorosłych w warunkach normalnych widzimy w zasadzie tylko same neokapilary, t. j. rozwinięte kapilary w postaci szpilek do włosów, zaś sieć pierwotna chowa się w głębi, jako sieć podbrodawkowa (*g*). Inne kolumy przedstawiają obrazy kapilarów o rozwoju nieprawidłowym, powstających z różnych faz roz-

woju prawidłowego (strzałki). Postacie wadliwie rozwinięte nazywają archipseudoneokapilarami (kolumna II-a rysunku), lub też postaciami „lichemi" (Kümmerformen — kolumna IV rysunku i t. p.). Ustalenie morfogenezy posiada wielkie znaczenie dla tłumaczenia morfologicznych zmian w obrazach kapilaroskopowych, gdyż zmiany tego rodzaju dotyczą przedewszystkiem zmian rozwojowych.

Omawiając czynności naczyń włosowatych, również ograniczymy się przedewszystkiem do obrazów, widzianych przez kapilaroskop. Musimy zaznaczyć, że nie widzimy właściwie ścianek kapilarów, lecz słupki czerwonych ciałek krwi, a zatem możemy obserwować tylko te kapilary, które są w danym momencie czynne, zamkniętych nie widzimy. Pomnożenie ilości kapilarów w polu widzenia jest zatem skutkiem otworzenia się dla prądu krwi większej ilości dotychczas zamkniętych kapilarów. Po za ilością naczyń włosowatych w polu widzenia, obserwujemy ich długość i szerokość. Rozszerzenie lub zwężenie może dotyczyć obu odcinków, i tętniczych, i żylnych, lub też tylko jednej z tych kategoryj. Dalej obserwujemy prąd krwi, jego szybkość i spoistość (szybki — powolny, ciągły—ziarnisty, czyli przerywany; staza). Ponadto zwracamy uwagę na ewentualne uwidocznienie się naczyń głębszych warstw skóry, a mianowicie: powierzchownej sieci podbrodawkowej, lub też głębokiego splotu podbrodawkowego (patrz fotografje). Wnioskowanie z obserwowanych zmian w czynności kapilarów przy obecnym stanie badań jest jeszcze bardzo trudne. Krążenie włosowate zależy zgrubsza od dwóch czynników: 1) stanu krążenia naczyniowo-sercowego, 2) procesów przemiany materji, odbywającej się przy zetknięciu się krwi z tkanką. W kapilarach prąd krwi jest zależny od prądu płynów w tkankach, krew bezustannie zmienia swój skład. Naczynia włosowate dostosowują się stale, przez rozszerzenie lub skurcz, do tych bezustannych zmian składu krwi oraz cieczy tkankowej. Wskutek tego krążenie kapilarne odznacza się wysokim stopniem samodzielności i niezależności od układu naczyniowo-sercowego. Zmiany, obserwowane w czynności kapilarów, świadczą zatem przedewszystkiem o odbywających się procesach przemiany materji, i stąd właśnie kapilaroskopja zyskuje swoje wysokie znaczenie i otwiera przed nami szerokie możliwości.

Kapilaroskopję zaczęto stosować do badań w zakresie różnych specjalności. Wspomnimy bliżej o badaniach, dotyczących chorób nerwowych. *O. Müller* podaje nam zespół cech, uwarunkowany przez tak zwaną skazę naczyniowo-ruchową, któremu daje nazwę psychoneurodysergji. Zespół ten dotyczy neurotyków. Przy stanach psy-

chicznych z subjektywnemi, jak to się mówi, nieuzasadnionemi skargami znajduje on wiele wszelkiego rodzaju zboczeń w budowie i czynności naczyń włosowatych. Dadzą się one ująć w paru słowach w sposób następujący: w wyglądzie — bądź krótsze, bądź dłuższe, bądź wąskie, bądź szerokie, czasem postacie fantastyczne; w czynności skurcz i atonja; stąd prąd bądź przyśpieszony, bądź zwolniony. Czasem daje się spostrzegać zatrzymanie prądu lub nawet zmiana w kierunku prądu. Pozatem nerwice naczyniowo-ruchowe właściwe wykazują również wybitne i charakterystyczne zmiany.

W zakresie chorób umysłowych badania kapilaroskopowe były prowadzone dotychczas prawie wyłącznie w niedorozwojach, szczególniej przez *Jaenscha*, który usiłował stworzyć pojęcie archikapilarnego niedorozwoju umysłowego. *Delbrück* jednak, który stwierdzał archikapilary również u najzdolniejszych uczniów, gorąco przestrzega przed zbyt pośpiesznymi uogólnieniami i wnioskami.

Co do prac, dotyczących epilepsji, musimy wspomnieć o *Hirschu*, który podał przypadek z jednostronnemi zaburzeniami kapilaroskopowemi, związanemi z uczuciem mrowienia, występującego przed atakiem w kończynie górnej lewej. Pozatem *Schnidtman*, badając niedorozwoje, zbadał 9-ciu małoletnich epileptyków, nie znajdując zresztą u nich zmian kapilaroskopowych.

Nasz materjał faktyczny składa się z 16 przypadków padaczki samoistnej. Badaliśmy przeważnie fałd ponadpaznogciowy i tylko w niektórych przypadkach kontrolowaliśmy wyniki w innych miejscach skóry — kontrola ta zawsze potwierdzała wyniki, otrzymane na fałdzie ponadpaznogciowym.

W paru przypadkach (2), coprawda badanych jednokrotnie, nie dało się stwierdzić jakichś wybitniejszych odchyleń od normy; jeden z nich dotyczył chłopca 8-mio letniego w okresie poprawy.

W innych zaś znajdowaliśmy, w okresach wolnych od ataku, pewne odchylenia od normy: od małych do wybitnych.

W przeważającej ilości przypadków stwierdziliśmy nieprawidłowe postacie naczyń włosowatych, od nieznacznie pozaginanych zwykłych szpilek do włosów, do dziwacznych postaci rozetek, kłębków, wężyków i drzewek. U wielu stwierdziliśmy sieć powierzchowną wyraźnie i stale widoczną, przytem zaznaczona lub wyraźna była budowa o typie kapilarów niedorozwiniętych t. zw. archikapilarów lub też o typie kapilarów rozwiniętych nieprawidłowo. U połowy badanych był zaznaczony, lub wyraźnie widoczny głęboki

splot żylny podbrodawkowy. Długość naczyń włosowatych, lub częściej szerokość szczególnie odcinków żylnych w wielu przypadkach czasem dwukrotnie przewyższała normę, ulegając zresztą wahaniom u tych samych osobników, badanych w różnych okresach czasu. W przeważającej ilości przypadków liczba kapilarów była mniej lub więcej znacznie zwiększona. Prąd krwi prawie u wszystkich odznaczał się mniejszą lub większą ziarnistością do grudek włącznie, przytem u wielu był wybitnie zwolniony i gdzieniegdzie występowała wyraźna staza.

Jak widzimy, wyżej opisane zmiany nie dotyczą wszystkich 16-tu przypadków bez wyjątku i nie są całkowicie identyczne w poszczególnych przypadkach, a nawet w tym samym przypadku przy parokrotnem jego badaniu, niemniej jednak idą one w jed ıym kierunku i dadzą się uogólnić w sposób następujący: zwiększenie ilości naczyń włosowatych, rozszerzenie i czasem wydłużenie ich, nieprawidłowe postacie, uwidocznienie się powierzchownej sieci, jak również i głębokiego splotu żylnego podbrodawkowego; ziarnistość i zwolnienie prądu krwi do stazy włącznie.

A zatem nie stwierdziliśmy na naszym materjale zmian patognomonicznych dla padaczki samoistnej, a jednak ustaliliśmy pewien zespół objawów, który należy uważać za dość charakterystyczny dla padaczki.

Musimy zaznaczyć, iż dało się zaobserwować z pewnemi zresztą odchyleniami nasilenie zmian kapilaroskopowych, zależne od czasu trwania choroby.

Zwróciliśmy również uwagę na to, że obrazy kapilaroskopowe ulegały zmianom u tych samych osobników w pewnej zależności od ataków.

Zależność tą trudno było szczegółowo ustalić drogą obserwacji zwykłej. Tylko w jednym przypadku udało się nam wypadkowo przeprowadzić badanie tuż przed atakiem padaczkowym. Obraz był tu nadzwyczaj charakterystyczny, a mianowicie kapilary rozszerzone, liczba ich zwiększona, plexus widoczny, staza kompletna, grudki. Obserwowaliśmy tegoż chorego w ciągu dalszym tuż po ataku: w śnie poatakowym stwierdziliśmy wydłużenie kapilarów, prądu jednak nie dało się zaobserwować; po obudzeniu się chorego ogólny obraz kapilaroskopowy przypominał obraz przed atakiem, lecz staza minęła i prąd krwi zjawił się, chociaż powolny, lecz ciągły i bez ziarnistości.

Pobudziło to nas do badań eksperymentalnych. Z inicjatywy profesora Mazurkiewicza zastosowaliśmy próbę hyperwentylacyjną

przy stałej obserwacji kapilaroskopowej. Ogółem zrobiliśmy 9 badań z hyperwentylacją, przytem tylko w paru przypadkach dla kontroli doprowadziliśmy próbę do ataku padaczkowego, w innych zaś tylko do objawów tężyczkowych.

We wszystkich badaniach występowały stopniowo charakterystyczne zmiany obrazu kapilaroskopowego, które w każdym przypadku prowadziły do kompletnej stazy w naczyniach włosowatych. Kontrolne próby hyperwentylacyjne, dokonane na osobach zdrowych i chorych niepadaczkowych, dały nam obrazy kapilaroskopowe całkiem odmienne.

Ogólny obraz zmian kapilaroskopowych, uzyskanych u epileptyków przy próbie hyperwentylacyjnej, daje się ująć w sposób następujący: liczba kapilarów coraz się zwiększa—to znaczy otwierają się dotychczas zamknięte; ukazują się anastomozy; kapilary rozszerzają się, szczególnie ich odcinki żylne; sploty powierzchowne lub głębokie, o ile przed rozpoczęciem próby nie były widoczne — ukazują się, o ile były widoczne — stają się grubsze i uwydatniają się. Prąd krwi prawie od początku doświadczenia staje się stopniowo w różnych kapilarach coraz wolniejszy, wybitnie ziarnisty, czasem grudkowaty, aż wreszcie następuje staza kompletna i chory jest bliski ataku, lub — o ile się hyperwentylacji nie przerywa — następuje atak. Po przerwie hyperwentylacji obraz stopniowo wraca do stanu poprzedniego.

W tym doświadczalnym obrazie znajdujemy wszystkie te zmiany w czynności kapilarów, które poprzednio już stwierdziliśmy w obrazach kapilaroskopowych u epileptyków poza atakami; ten obraz doświadczalny daje jakby syntezę wszystkich spotykanych poszczególnych obrazów, gdyż każdy z nich można ująć, jako etap na drodze do kulminacyjnego punktu w stanie, poprzedzającym atak.

Możliwe jest zresztą, iż niektóre zmiany, spotykane w obrazach kapilaroskopowych u epileptyków poza atakami, są wyrazem częściowej niemożności powrócenia ich po kilku latach trwania choroby do stanu przedchorobowego. Naprzykład: stale widoczne sploty naczyniowe powierzchowne. Inne zaś, jak naczynia włosowate o budowie nieprawidłowo rozwiniętych kapilarów, dawałyby do myślenia o konstytucyjnej niedomodze układu włosowatego.

Jakkolwiek w obrazach, wolnych od ataków, nie stwierdziliśmy dla padaczki jednolitego patognomicznego obrazu kapilaroskopowego, tylko pewne cechy charakterystyczne, niemniej jednak stwierdziliśmy *zachowanie się kapilarów w przebiegu ataku padaczkowego, które należałoby uważać dla ataku za patognomoniczne.*

Postaramy się obecnie wytłumaczyć zjawiska, obserwowane przez nas w przebiegu ataku padaczkowego i określić ich miejsce w patologji ogólnej ataku. Zjawisk tych nie można zaliczyć do zwykłych zaburzeń krążenia, gdyż obserwacja na chorych z zaburzeniem krążenia naczyniowo-sercowego nie wykazuje podobnych obrazów. Oczywiście schorzenia serca i naczyń nie pozostają bez wpływu ujemnego, ułatwiają owszem powstawanie stazy, lub utrudniają jej wyrównanie. To też *Weber l Oppenheim* podają, iż u epileptyków często są spotykane schorzenia układu naczyniowo-sercowego. Zaburzenia krążenia natomiast obserwowane, że tak powiemy, makroskopowo w stanie poprzedzającym atak (tachikardja, stany spazmu naczyniowego, porażenia naczyń, kongestje z bólami głowy i t. p.) pozostają w zgodzie ze zjawiskami, obserwowanemi przez nas mikroskopowo. Można bowiem uważać, iż objawy w układzie naczyniowo-sercowym są reakcją na utrudnienie krążenia kapilarnego. Również wzrastaniu ciśnienia podczas ataku padaczkowego *(Hartmann i Gaspero)* odpowiada w naszych badaniach konieczność zlikwidowania powstałej stazy.

Trudniejszą jest kwestja stosunku spostrzeganych przez nas zjawisk do układu nerwowego roślinnego. Możemy tu mówić raczej o współczesności zjawisk, niż zależności. *Orzechowski i Meysels* stwierdzają w padaczce przewagę wagotonji — odpowiadałoby to obserwowanemu przez nas zwolnieniu prądu krwi. *Popea* podaje, że przed atakiem występuje hipertonja wago-sympatyczna, która w momencie zjawienia się ataku osiąga maximum, natomiast przy końcu ataku nagle lub powoli opada i przechodzi albo w hipowagotonję, albo w sympatykotonję, czyli w obu przypadkach występuje przewaga układu współczulnego; odpowiada to kapilaroskopowo ustąpieniu w tym momencie stazy i zjawieniu się prądu krwi, nawet nie ziarnistego, lecz ciągłego.

Z obserwowanej przez nas stazy staje się zrozumiałem, iż sprawność unerwienia układu naczyniowego nie może pozostać bez znaczenia w ogólnym łańcuchu zjawisk, składających się na powstawanie ataku padaczkowego. Widzimy to w świeżo opisanym przypadku *Wicherta* (blizna w ośrodku dla prawej kończyny górnej i zmiany naczyniowe w kończynie górnej prawej), w którym wybitne zaburzenia naczyniowe w kończynie górnej prawej związane były z wystąpieniem ataków padaczkowych.

W dalszym ciągu rozważań musimy podkreślić, iż stwierdzone przez nas obrazy kapilaroskopowe w stanie, poprzedzającym atak epileptyczny, są identyczne z obrazami, obserwowanemi przez

jednego z nas *(Milewski)* w stanach toksycznych. A zatem badania nasze potwierdzałyby panującą obecnie teorję toksyczną *(Muskens, Foerster)* w ujmowaniu patogenezy padaczki w tem znaczeniu, iż krążące we krwi czynniki toksyczne, działając na ośrodkowy układ nerwowy, działają również bezpośrednio, lub pośrednio i na naczynia włosowate skóry.

Pozatem niektóre badania, dotyczące własności krwi, znajdują potwierdzenie w naszych obserwacjach. Mianowicie *Choroszko* stwierdził wyraźne przyśpieszenie krzepnięcia krwi, pobranej tuż przed atakiem lub w dzień ataku i wyrównanie się krzepnięcia do normy po ataku. Uważa on, że produkty wewnątrztkankowej przemiany specjalnie mózgowej wchodzą do krwi z własnościami trombokinazy. *H. Meyer* stwierdza znaczne wydłużenie czasu opadania czerwonych ciałek krwi przed atakiem i znikanie tego zjawiska po ataku. Zestawiając swoje badania z wynikami *Choroszki, Meyer* zgadza się z *Choroszką*, iż przy ataku odgrywa pewną rolę powstawanie stazy. W naszych badaniach *stwierdziliśmy tą stazę bezpośrednio.* Fizykalne własności krwi niewątplinie nie wyczerpują całokształtu czynników, mogących odgrywać rolę przy powstawaniu ataku padaczkowego.

W obecnej chwili trudno jest przesądzić, jakiem zaburzeniom w przemianie materji odpowiadają nasze obrazy kapilaroskopowe. Niemniej jednak ostatnie badania *Wollheima* dają nam pod tym względem pewne wytyczne. Mianowicie autor ten stwierdza, iż rola wypełnionego, widocznego splotu podbrodawkowego polega poza innemi na procesie pochłaniania z krwi płynów przez tkanki ustroju. A zatem stwierdzony przez nas splot podbrodawkowy w obrazach kapilaroskopowych u epileptyków powinien mieć u nich znaczenie dla przemiany materji. Badania nad przemianą materji w epilepsji, dotyczące ekonomji wody w ustroju, wykazały, iż najczęściej zdarza się jej zatrzymanie w dniach, poprzedzających atak; z zatrzymaniem wody idzie w parze zatrzymanie chlorków i wzrost wagi czasem do 2 kg. *Friesch* uważa, iż przyczyny tego zatrzymania należy szukać w tkankach. Nasze badania, stwierdzające uwidocznienie się splotu podbrodawkowego, lub jego uwydatnienie, właśnie w stanach poprzedzających atak, potwierdzaja całkowicie zdanie *Friescha.* Ponadto wykazują one drogę, którą to zatrzymanie się odbywa.

Badania nasze dotyczą zachowania się naczyń włosowatych jedynie skóry i, rzecz prosta, nie mogą być bez zastrzeżeń uogólniane dla całego ustroju.

Szczególnie trudnem jest skoordynowanie stwierdzonego przez nas zachowania się naczyń włosowatych skóry z makroskopowemi

obserwacjami nad zachowaniem się mózgu podczas ataku. W mózgu. mianowicie, bezpośrednio przed atakiem padaczkowym, zjawia się skurcz naczyń, objętość mózgu zmniejsza się, staje się on bladym; następnie zaś w przebiegu ataku występuje przekrwienie żylne z zasinieniem i powiększeniem objętości mózgu *(Foerster)*. Ustosunkowanie powyższych faktów do wyników naszych badań wymaga dalszych prac. W każdym razie przy zestawieniu wyników naszych badań kapilaroskopowych z badaniami nad padaczką w innych płaszczyznach, widzimy, iż badania nasze zgadzają się z badaniami prowadzonemi w innym zakresie, lub też nawet całkowicie je potwierdzają. W ogólnym łańcuchu zjawisk, składających się na powstawanie ataku padaczkowego, trudno jest ściśle ustalić, które z nich są pierwotne, a które wtórne, w każdym razie należy uważać, iż zjawiska w naczyniach włosowatych odgrywają pierwszorzędną rolę i stanowią bodaj punkt kulminacyjny ataku padaczkowego. W szczególności zaś minięcie stazy i zjawienie się prądu krwi po ataku padaczkowym przemawia za jego celowością.

OBJAŚNIENIE TABLIC.

Wszystkie fotografje zostały dokonane z kapilarów fałdu ponadpaznokciowego 4-go palca lewej ręki.

Tablica I.

Fot. Nr. 6. Prawidłowe postacie kapilarów—szpilki do włosów; nieco faliste; nieco krótkie. Uwydatnia się cieńszy odcinek tętniczy i szerszy żylny. Widać przejście odcinka żylnego w powierzchowną sieć podbrodawkową. (Morphinismus).

Fot. Nr. 8. Naprawo ósemka. Pośrodku kapilary rozszerzone. (Morphinismus).

Fot. Nr. 48. Wybitna sieć podbrodawkowa powierzchowna. (Morphinismus).

Fot. Nr. 10. Epilepsia genuina. Chory K., lat 28; choroba trwa 8 lat. Budowa o typie archikapilarnym zaznaczona.

Fot. Nr. 46. Epilepsia genuina. Chory P., lat 40; choroba trwa 22 lata. Kapilary pomnożone, sieć wybitna. Obraz o typie archikapilarnych form rozwojowo przejściowych (patrz. rysunek w tekscie: kolumna I d, e ew. III-e).

Fot. Nr. 26. Epilepsia genuina. Chory D., lat 22; choroba trwa 15 lat. Krótkie grube nieforemne kapilary. Sieć archikapilarna zgrubiała. Obraz najbliżej odpowiada archipseudoneokapilarom.

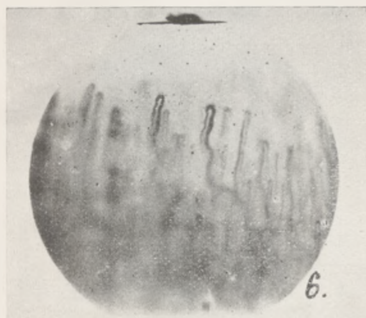
Fot. Nr. 61. Epilepsia genuina. Chory W., lat 26; choroba trwa 6 lat. Kapilary o typie „szyjek gęsich“ (patrz rysunek w tekscie, kolumna IV). Plexus zjawia się przy hyperwentylacji.

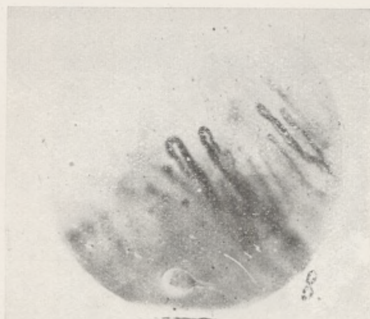
Fot. Nr. 16. Epilepsia genuina. Chory J., lat 28; choroba trwa 18 lat. Kapilary jak u poprzedniego. Plexus na zdjęciu nie uwidocznił się.

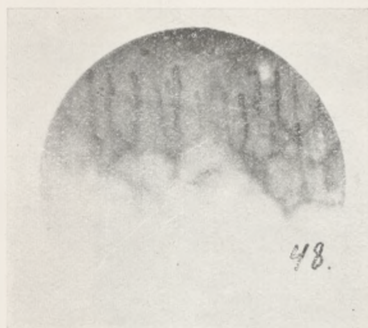
Tablica II.

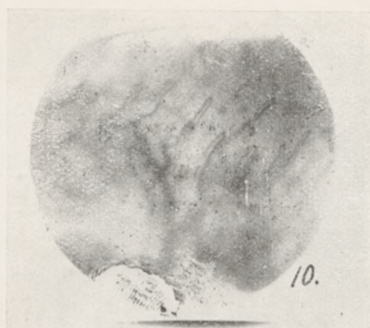
Fot. Nr. 69. Epilepsia genuina. Chory R., lat 45; choroba trwa 22 lata. Kapilary dość prawidłowe, lecz krótkie, wstawki rozszerzone. Plexus na zdjęciu nie uwidocznił się.

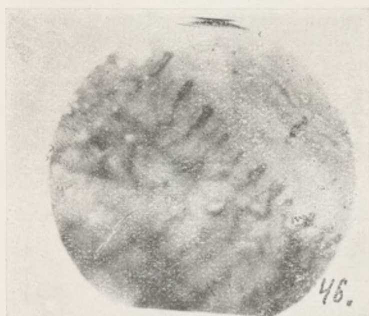
TABLICA I.



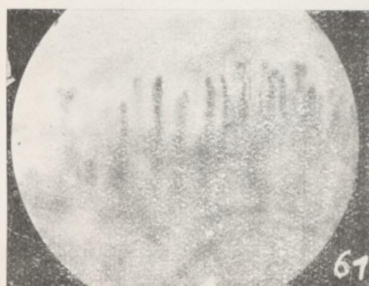


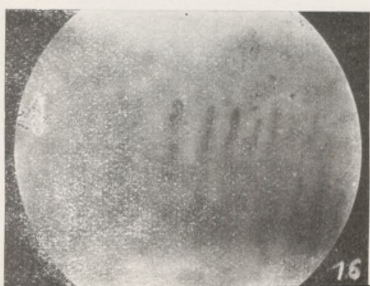


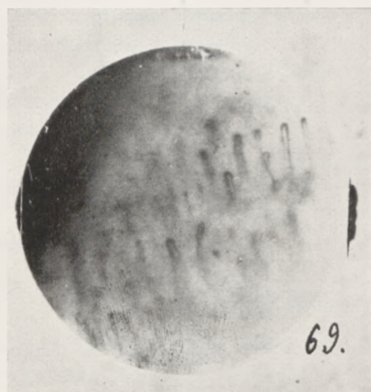






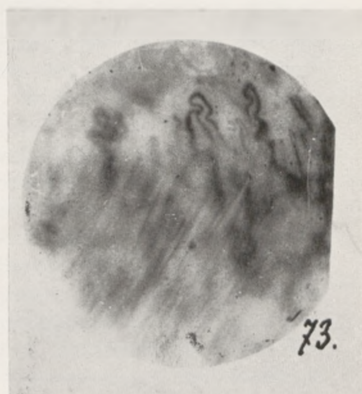


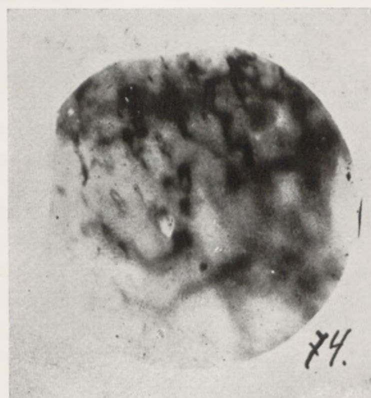


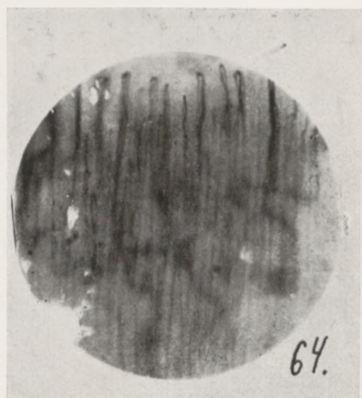

69.


71.


72.


73.


74.


64.

Fot. Nr. 71. Chory poprzedni. Uchwycony obraz o typie form rozwojowo przejściowych. Sieć archikapilarna. Kapilary jak wyżej. Jeden z nich o odcinku tętniczym rozszerzonym, wężykowatym; o żylnym mocno rozszerzonym.

Fot. Nr. 72. Epilepsia genuina. Chory L., lat 25; choroba trwa 17 lat. Kapilary szerokie, niekształtne, dziwaczne.

Fot. Nr. 73. Chory poprzedni. Zdjęcie o parę minut późniejsze. Nastawienie na głębszą płaszczyznę. Widać sieć archikapilarną. Kapilary dziwaczne, jeden z nich z t. zw. anastomozą.

Fot. Nr. 74. Chory poprzedni. Zdjęcie o parę minut późniejsze. Nastawienie na znacznie głębszą płaszczyznę Sploty podbrodawkowe.

Fot. Nr. 64. Schizophrenia Kapilary cienkie, wydłużone. Smugi głębokiego splotu podbrodawkowego.

PIŚMIENNICTWO.

1. Choroszko W. K Versuch einer biochemischen therapeutischen Einwirkung bei Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 98. 1925. 2. Delbrück H. Archicapillaren und Schwachsinn. Arch. f. Psych. Bd. 81. S. 606/27. 3. Friesch, Das „vegetative System" der Epileptiker. Berlin, Springer: 1928. 4. Foerster. Die Pathogenese d. epil. Krampfanfals (Referat Zjazdowy). Zentralblatt: Bd. 44. 1926, 5. Georgi. Pathogenese des epileptischen Anfalls. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 106. 6. Hirsch. E. Halbseitenerscheinungen d. Capillarbildes bei einer Epilepsie. Med. Med. Klin. Jg. 21. N. 2. S. 48. 1925. 7. Hoepfner Th. Ergebnisse kapillarmikroskopischer Untersuchungen an 3100 Casseler Kindern. Deutsch Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 88. S. 218. 1926. 8. Hoepfner Th. Die Strukturbilder d. menschl. Nagelfalzkapillaren. Veröff. a. d. Gebiete d. Medizinverwaltung. Bd. 24. H. 1. 1928. 9. Jaensch W. u. Wittneben W. Archikapillaren, endocrin. System u. Schwachsnn. Springer, Berlin. 1927. 10. Kahle H. Capillarformen bei Schwachsinnigen und ihre Beziehungen zur geistigen Entwicklung. Arch. f. Psych. Bd. 81. S. 629. 1927. 11. Kroh A. Anatomie u. Psychologie d. Capillaren. Springer: Berlin. 24. 12. Meyer H. Zur Auslösung d. epileptisch. Krampfanfalles b. genuin Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 110. S. 622. 1927. 13. Milewski T. Kapilaroskopja, jako kliniczna metoda badania. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom 3. Zeszyt 2. str. 347. 1925. 14. Muskens. Epilepsie. Springer: Berlin. 1926. 15. Müller O. Die Kapillaren d. menschl. Körperoberfläche. 1922. 16. Orzechowski K. u. Meisels E. Untersuchungen über das Verhalten des vegetativen Nervensystems in der Epilepsie. Epilepsie Vol. IV. 17. Popéa. Recherches sur le rôle du tonus vago-sympathique, dans le déclanchement de l'accès épileptique. Bull. de la Sociétè roumaine de neurol., psych. An. 2. N. 3. 1925. 18. Schnidtman M. Capillarmikroskopische Untersuchungen an Schwachsinnigen. Zentralblatt. Bd. 48. 19. Wichert F. Rzadkie objawy wegetatywne w przypadku padaczki Jacksona i próba ich lokalizacji. Roczn. Psychj. Zesz. VIII. str. 70. 1928. 20. Wollheim E. Ergebnisse a. d. Gebiete d. Psychologie u. Pathologie d. Kapillaren. Deutsch-Russisch. Med. Zeitschr. N.N. 4, 5. 1926. 21. Wolheim E. Zur Funktion der subpapillären Gefässplexus in der Haut. Klin. Wochenschr. N. 45. S. 2134. 1927. 22. Wuth O. Zur Pathogenese d. epil. Krampfanfalles. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 109. S. 521. 1927. 23. Zawistowski H. Z dziedziny kapilaroskopji. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. 4. Zesz. 4. str. 815. 1926.

PRZYCZYNEK DO ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PRZY NOWOTWORACH MÓZGU.

(Przypadek nowotworu płata skroniowego lewego).

podał

JÓZEF HANDELSMAN.

W monografji o zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu pisze *Baruk*. że na 55 przypadków nowotworów mózgu przez niego obserwowanych w 15 przypadkach były ciężkie zaburzenia psychiczne, a w 27 zaburzenia psychiczne były zaznaczone. *Oppenheim* podaje, że rzadko bywają zaburzenia psychiczne przy nowotworach mózgu, aczkolwiek nieraz spotyka się przejściowe psychiczne zmiany — depresje, podniecenia, niekiedy omamy, pod koniec cierpienia otępienie, nieraz zespół Korsakowa, oraz przy niektórych nowotworach otępienie wiłostne (moria). Również i *Pfeiffer* w swej monografji o zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu (86 przypadków), podając szczegółowe dane zmian psychicznych i poszczególnych objawów patologicznych psychicznych, zwraca uwagę na stosunkową rzadkość głębszych zmian psychicznych. *Sterling* na 48 przypadków nowotworów mózgu notuje 14 z zaburzeniami psychicznemi, ale jedynie w 4-ch zmiany były wybitniejsze. *Brissaud*, *Souques* notują często osłabienie intelektualne, któremu przeznaczają nawet to samo miejsce przy objawach nowotworów mózgu, co wymiotom, bólom głowy, konwulsjom i tarczy zastoinowej. *Schuster* na 588 przypadków nowotworów mózgu, w 323 widzi różne przejściowe zaburzenia psychiczne. Jednak pomimo częstości zaburzeń psychicznych, spotykanych przy nowotworach mózgu, bardzo rzadkie są przypadki nowotworów mózgu, do których dołączają się tak głębokie i istotne zmiany życia psychicznego, że trzeba stwierdzić chorobę psychiczną, przy której chory ze względu na jego cierpienie psychiczne musi być internowany w zakładzie psychjatrycznym *(Vincent)*. Na skutek tego wzbogacenie kazuistyki nowotworowej każdym poszcze-

gólnym przypadkiem nie jest — zdaniem mojem — bez korzyści dla poznania sprawy zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu.

Chora [1]) (Dol. Mar.) lat 39, prawosławna, gospodyni rolna, mężatka, przybyła do szpitala d. 21.I.28 z pow. Lepelskiego, z. Wileńskiej ze świadectwem lekarskiem lekarza szpitala sejmikowego w Baranowiczach. Świadectwo to stwierdza, że cierpienie rozpoczęło się 2 miesiące przed przybyciem do szpitala, chora *zaczęła tańczyć, mówić bezsensownie, gwizdać* i śpiewać, gadatliwa, wykazywała zaburzenia orjentacji i na skutek stwierdzonego niebezpieczeństwa dla otoczenia winna była być pomieszczona w zakładzie psychjatrycznym. Innych danych świadectwo nie podaje.

Chorą przywiózł do szpitala mąż, który podaje, że chora pochodzi z rodziny zdrowej; ojciec zmarł w późnym wieku, matka ma 90 lat; alkoholików, umysłowo chorych i padaczkowych w rodzinie nie było. Chora ma 7-ro dzieci, dwoje dzieci zmarło we wczesnem dzieciństwie, jeden raz roniła. Napojów wyskokowych nie używała, mąż neguje choroby weneryczne. Przed kilku laty przechodziła dur plamisty.

Chora uskarża się na bóle głowy, zwłaszcza lokalizujące się w czole, nic nie widzi, *nie orjentuje się* co do czasu, miejsca, otoczenia. Niekiedy miewa zawroty głowy, pada na podłogę, lecz drgawek nie ma. Nie sypia po nocach, mówi, *że żyć nie chce*, bo jest ślepa, próbowała pozbawić się życia; *jada dużo;* nie zanieczyszcza się; mówi, że *jedzenie jest gorzkie w lewej połowie języka*, (chwilami jakby nie czuje tu smaku); wymowa wadliwa; z lewego ucha wyciek.

Około 20 września 1926 r. uderzona została zydlem w lewą okolicę skroniową; po uderzeniu nie upadła, nie straciła przytomności; choruje od tego czasu; a pół roku potem z lewego ucha zaczęła sączyć się ropa, obecnie już niema ropy; źrenica lewa szersza od prawej źrenice nie reagują na światło, chora nic nie widzi; włókienkowe drżenie języka; tętno do 90 na 1'.

22.I.28. Chora średniego wzrostu, mocnej budowy; odżywianie upośledzone, blada; obwód głowy 53,2 cm., czoło duże; powieki nieco drżą; brak odruchu ze spojówek; odruch z lewej rogówki osłabiony; ze strony mięśni ocznych wyraźnych zmian nie stwierdza się; źrenice rozszerzone to więcej to mniej, przyczem to prawa to lewa szersza; odczynu na światło brak; chora nic nie widzi, muszle uszne duże, zraziki przyrośnięte, ropnej wydzieliny z uszu nie stwierdza się; słyszy dobrze; nos duży; lewy fałd noso-wargowy nieco wygładzony, język zbacza na prawo, włókienkowe drżenie; czucie na języku bez zmian; obie połowy podniebienia miękkiego poruszają się jednakowo, ręce i palce rąk drżą; czucie wszelkiego rodzaju zachowane; brak adiadokokinezy; z lewej strony brak odruchu podeszwowego i jakby bardzo niewyraźny odruch Babińskiego, z prawej strony wyraźny odruch Babińskiego i Oppenheima; odruch kolanowy lewy znacznie żywszy od prawego; odruch z lewego ścięgna Achillesa też jakby żywszy; brak rzepko- i stopotrząsu; stoi dobrze, chodzi nieco chwiejąc stę; w wymowie czasem *zacina się, czasem nie może przypomnieć nazwy przedmiotu albo podaje inną*, zamiast „kalendarz" powiada „rarandarz"; tony serca czyste, tętno nieregularne, 90—96.

Chora wie, że jest w szpitalu, że rozmawia z lekarzem, nie uważa się za umysłowo chorą, ona tylko nic nie widzi; *powiada z rozpaczą, że wskutek ślepoty*

---

[1]) Chorą obserwowałem na oddziale kol. *L. Bobrowskiego*, któremu serdecznie dziękuję za pozwolenie opublikowania tego przypadku.

nie jest w stanie opiekować się swojemi dziećmi, chciała brzytwą się zarżnąć, chciała powiesić się; prosi umieścić ją tam, gdzie niema hałasu, bo od hałasu ma straszne bóle głowy w czole i zwiększa się szum w głowie; prócz bólu głowy i szumu cierpi jeszcze na bezsenność, *gorzki smak na języku na lewej połowie*, innych dolegliwości podobno niema; chora jęczy, płacze, prosi przywrócić jej wzrok; co do czasu *orjentuje się niedokładnie; o początkach cierpienia podaje nieścisłe wiadomości;* na jesieni 1926 otrzymała uderzenie żelazną łopatą w lewą połowę twarzy i w lewą skroń, nie upadła, nie straciła przytomności, poczuła tylko mocny ból tak że przysiadła, potem wystąpiły bóle głowy i zjawił się z początku krwotok z lewego ucha, a później i ropotok; ropotok ustał od kilku miesięcy; ból i szum w głowie nie ustawał; na jesieni 1927 zaczęło „zasłaniać" w lewem oku, później zjawiły się „czerwone obręcze" w lewem oku, potem straciła wzrok w lewem oku, a później i w prawem; w nocy spała dobrze po weronalu; dziś nie chce leżeć na sali, prosi przenieść ją w inne miejsce, gdzie mniej hałasu, błaga by ją wyleczyć.

30.I. Chora stale narzeka, że nic nie widzi, prosi zwrócić jej wzrok lub puścić ją do domu, *tam odbierze sobie życie;* stale narzeka na krzyk chorych, od krzyku chorych ma bóle głowy.

Źle się orjentuje co do czasu; *jada i pije bardzo dużo*, stale prosi jeść; mocz nie zawiera ani białka ani cukru, c. g. 1012; dno oka; znaczne zmętnienie ciałka szklistego, szaro-biała brodawka n. wzrokowego, znaczne rozszerzenie żył.

4.II.28. Wczoraj miała wymioty; dziś w nocy zanieczyściła się moczem; nie chce leczyć się; prosi by odesłać ją do domu.

5.II t° 37,5°, Jęczy, płacze, prosi by odesłać ją do domu; twierdzi, że nie wyzdrowieje, jada mało; tętno nieregularne, przyśpieszone.

6.II t° 37,5—38,5°. Chora skarży się na bóle w brzuchu, na rozwolnienie, zanieczyszcza się kałem, Stale prosi posłać ją do dzieci. Brzuch bolesny; tętno przyśpieszone, słabe.

7.II. T° — 38,2°. W nocy chorą czyściło co 20 minut. Smaruje się kałem jada marnie; tętno słabe, przyśpieszone.

Chora *grozi odebraniem sobie życia*.

8.II T° — 38,5° wiecz.; rano stan podgorączkowy. Bardzo często wypróżnienia; stolce płynne z domieszką śluzu, bez krwi.

13.II. Stale stan podgorączkowy. Wypróżnienia mniej częste, tętno 96, miarowe, średnie napięte i wypełnione. (W kale bakterjologicznie laseczniki czerwonki— typu *Y*).

15.II.28. Dzisiaj wieczorem chora niespokojna, nie poznawała lekarza, płacze narzekając, że żyć nie chce. *W pewnej chwili zaczęła wskazywać przed siebie*, mówiąc, *że widzi „dziewuszku znakomuju"*, *zuczęła wołać na nią: „Martoszka, Martoszka!", wyciągając ręce ku niej.* Na propozycję lekarza, by chora podeszła do tej dziewczynki, wstała i zaczęła iść w kierunku ściany z rękami wyciągniętemi przed siebie, uśmiechając się radośnie i wołając: „Martoszka, Martoszka! Idi ko mnie!". Doszedłszy do ściany, zrozumiała, że to ściana i z rozpaczy zaczęła płakać, że Martoszka uciekła, że już jej teraz nie widzi. Po powrocie do łóżka ciągle płakała— nie można było wtedy porozumieć się, nie odpowiadała na pytania.

Po 43 min. uspokoiła się i zasnęła.

16.II. *Dzisiaj rano widziała przebiegającego rudego psa w pokoju*, podawała, że go widzi wyraźnie, przywoływała go do siebie z żywem zainteresowaniem; pozatem wtedy, gdy nie halucynuje jest stale w *nastroju depresyjnym*, uważa się za nieuleczalnie chorą, prosi, by dać jej jakieś lekarstwo trujące.

Próbowała udusić się koszulą, zaciskając węzeł koło szyi. Prosi pielęgniarkę o siekierę, to sama sobie odbierze życie.

17.II.28. *Dzisiaj wczesnym rankiem zaczęła wskazywać rękami przed siebie i twierdzić, że widzi swą siostrę.* Wołała ją, cieszyła się, że przyszła do niej. Mówiła pielęgniarce, że siostra jest tu napewno, bo przecież ją widzi wyraźnie.

Marzec 1928. Chora nie gorączkuje, jada i sypia dobrze.

Tylko we dnie, gdy słyszy, że do niej wchodzi kto z personelu lekarskiego, zrywa się z łóżka i ze łzami błaga o wypisanie jej ze szpitala i odesłanie do domu do Baranowicz.



Rys. 1.

10.IV.28. St. id.

19.IV.28. *Chora nagle zaczęła przejawiać podniecenie słowne i ruchowe*, zaczęła mówić o tem, że chce sobie życie odebrać, zrywała się, chcąc dokądś iść.

25.IV.28. Uspokoiła się i zobojętniała.

Śpi i jada dobrze.

26.V.28. Chora miała *atak drgawek*, wpierw (??) w lewych kończynach górnej i dolnej, a następnie i w prawych.

Atak powtórzył się kilkakrotnie w ciągu dnia.

Stwierdzono odruch Babińskiego w obu stopach oraz b. znaczne wygładzenie lewego fałdu noso-wargowego i opuszczenie lewego kąta ust.

Chora była blada, obojętna, nie mogła przełykać, oddech utrudniony. Tony serca głuche, tętno rytmiczne, dobrze napięte.

30.V.28. Drgawki więcej nie powtórzyły się. Odruchu Babinskiego nie udaje się wywołać. Chora stała się obojętna i apatyczna.

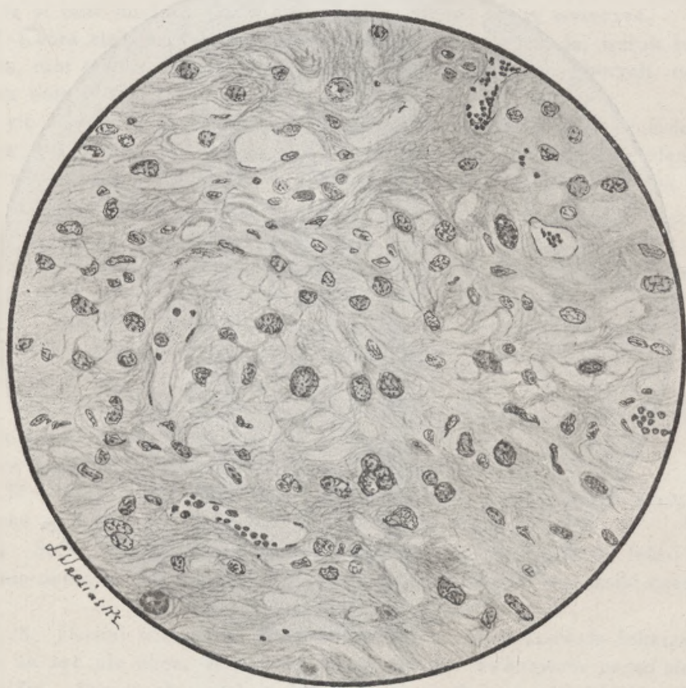
19.VI. Napad drgawkowy.

25.VI.28. Leży na łóżku zupełnie bezsilna; odpowiada na pytania z trudem, cicho, niezrozumiale.

Tętno — 72, słabo napięte, przepuszczające.

3.VII. Mors.

Sekcja zmarłej, dokonana 4 lipca 1928 r. przez kol. *Siedleckiego*, stwierdziła co następuje: czaszka symetryczna, podłużna, średnio ciężka; opona twarda, dobrze napięta, dobrze prześwieca, po stronie wewnętrznej gładka, lśniąca, opony miękkie



Rys. 2.

suchawe, przejrzyste, naczynia słabo nastrzykane; siodełko wklęśnięte, przysadka spłaszczona. Co się tyczy podstawy mózgu, to bardzo znacznie uwypukla się lejek, jego ściana dolna w postaci przejrzystej błonki; biegun przedni lewego płata skroniowego w znacznym zroście z oponą twardą i opona twarda z kościami czaszki.

Zakręty przypłaszczone, rowki zupelnie niewidoczne.

Komory, zwłaszcza boczne, znacznie rozszerzone, wyściółka gładka, lśniąca, naczynia wyściółki nastrzykane dość znacznie. Szyszynka normalna. Zwoje podstawne po stronie lewej cokolwiek przypłaszczone. Splot naczyniasty—makroskopowo nic szczególnego.

Kora zakrętów dość dobrze odcina się od istoty białej. W płacie skroniowym lewym guzek dość zbity, wielkości dużego orzecha włoskiego (rys. 3).

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Hydrocephalus internus permagnus. Aplanatio gyrorum cerebri. Tumor magnitudnis nucis juglandi partis arterioris lobi tempor. sin. Adhaesiones in eadem regione cum dura matre. Venostasis organorum universalis. Dilatatio cordis laevi gradu. Arteriosclerosis laevi grad. centralis. Abscessus inverteratus in regione adnexorum uteris lateris sin. Adhaesiones periappendiculares, obliteratio partis proximalis appendicis.

Badanie drobnowidzowe nowotworu, dokonane łaskawie w pracowni Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego przez kol. *Siedleckiego*, któremu bardzo serdecznie dziękuję za dokonaną pracę, wykazało co następuje:

W skrawkach z przysłanego guza, barwionych hematoksyliną i eozyną widzimy: 1) liczne drobne naczyńka krwionośne, o ścianie cienkiej, często tylko ze środ-



Rys. 3. (Lewa).

błonków zbudowanej; naczyńka te zawierają przeważnie krwinki czerwone (rys. 1). Komórki wydłużone, małe, o ciemnym wrzecionowatem jądrze, najwyraźniej widoczne około większych nieco naczyniek. 3) Komórki o jądrach dużych i o zarodzi ledwo barwiącej się (eozyną). Komórki te odznaczają się dużą różnorodnością kształtów i wielkości; jądra ich są przeważnie jasne, o delikatnej sieci chromatycznej, rzadziej zaś ciemne, hyperchromatyczne. Pod małem powiększeniem dostrzegamy, że komórki te układają się gdzieniegdzie współśrodkowo, wytwarzając skupienia, przypominające nieco „twory cebulowate" w t. zw. śródbłoniakach. 4) Cieniut-

kie włókienka bądź skupiające się w większe wiązki, bądź rozrzucone nieprawidłowe wśród komórek (p. rys. 2).

W wielu miejscach, zwłaszcza bliżej ku środkowi guza naczyń znajdujemy daleko więcej, przeważają one ilościowo nad innemi składnikami tkankowemi. Dookoła śródbłonków tych naczyń wyraźnie występuje pas tkanki o wyglądzie szklistym; komórek pomiędzy naczyniami znajdujemy mało, a w ich zarodzi widzimy liczne twory w kształcie wodniczek, lub cała zaródź ma wygląd piankowaty albo ziarnisty.

Ścisłe zróżnicowanie składników guza wymagałoby barwień dodatkowych, przedewszystkiem zabarwienia gleju. Możemy wyrazić przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z *meningoblastoma* (angiomatodes).

W przypadku powyższym obserwowano pod względem psychicznym 4 okresy:

1) okres podniecenia—chora jeszcze na 2 miesiące przed przybyciem do szpitala zaczęła tańczyć, mówić wiele i bezsensownie, gwizdać i śpiewać, była gadatliwa. Jak długo trwał ten okres—niewiadomo, w każdym razie to zaburzenie psychiczne wysunęło się na plan pierwszy zmian patologicznych, tak, iż obserwujący ją wówczas lekarz uważał za wskazane, ze względu na podniecenie, skierowanie chorej do szpitala.

2) okres depresji z tendencjami samobójczemi; okres ten trwał najdłużej, kilka miesięcy; chora chciała i próbowała pozbawić się życia, mówiła, że żyć nie chce; z rozpaczy na skutek ślepoty chciała brzytwą poderżnąć sobie gardło, próbowała udusić się porwaną koszulą, rozpaczała i jęczała, wypowiadając żal i tęsknotę, chciała uciekać, iść dokądś; bezkrytycznie błagała o wypisanie.

W czasie tego okresu wystąpił.

3) okres napadów omamowych, które w przeciągu miesiąca powtarzały się kilkakrotnie; chora nagle wskazuje ręką przed siebie i twierdzi, że widzi swoją siostrę, woła ją, cieszy się, że przyszła do niej, widzi ją bardzo wyraźnie. Innym znów razem wskazuje, że widzi znajomą dziewczynę, woła na nią po imieniu: „Martoszka", wyciąga ku niej ręce, podnosi się i idzie przed siebie z wyciągniętemi rękami, uśmiechając się radośnie i starając się do niej podejść. Gdy podeszła do ściany i owej dziewczyny nie spotkała, zaczęła płakać, mówiąc, że Martoszka uciekła, nie widzi jej teraz. Innym wreszcie razem widzi nagle przebiegającego przez pokój rudego psa, przywołuje go do siebie z żywem zainteresowaniem. Miewa przejściowe omamy smakowe połowicze lewostronne.

4) chora w końcu maja dostała napadu drgawek i od tego czasu rozpoczął się ostatni okres—zobojętnienia, apatji, otępienia, somnolencji.

W sprawie zaburzeń psychicznych w przebiegu nowotworów mózgu piśmiennictwo jest bardzo bogate i nie jest moim zamiarem poddanie go w obecnym drobnym przyczynku szczegółowemu rozpatrzeniu. Wiadomo, że w przebiegu większości przypadków nowotworów mózgu najpowszechniejszym objawem psychicznym i najczęstszym jest zwykłe osłabienie intelektualne, brak zainteresowania się, stan, który *Sterling* nazywa psychiczną biernością. Stan ten spostrzegany już w początku cierpienia i stopniowo nabiera on coraz silniejszego zabarwienia, dochodząc do zupełnej apatji, indolencji, otępienia, zwykłego porażenia duchowego *(Schuster)*. Zaburzenia te różnią się od istotnego cierpienia psychicznego—czynnego zaburzenia psychicznego *(Schuster, Sterling)*.

Lhermitte powiada, że zaburzenia psychiczne, często niezbyt wyraźnie zaznaczone, mogą w specjalnych warunkach tworzyć element zasadniczy zespołu hypertonji mózgowej, mogą zajmować nawet pierwsze miejsce w klinicznym zespole; przyczyna zaburzeń psychicznych bywa dwojaka: 1) na skutek zmian w tkance powstałych na skutek istnienia nowotworów, oraz 2) zmian na skutek kompresji globalnej. Według *Lhermittea* obserwuje się objawy „signes", które mają znaczenie lokalizacyjne, a także ogólne. Często jednak objawy psychiczne tak się mieszają, że trudno odróżnić elementy hypertonji od lokalizacyjnych. I *Lhermitte*, jak wszyscy autorzy, stwierdza, że jedynie osłabienie intelektualne, składające się z apatji, senności, bezwładu psychicznego, stopniowego osłabienia pamięci, zubożenia afektywnego, jest objawem psychicznym stałym, należącym do zespołu objawów przy nowotworze mózgu.

Inni autorowie (*Pfeiffer, Oppenheim, Brissaud, Souques* i wielu innych) również stwierdzają to samo osłabienie intelektualne — („le ralentissement des opérations intelectuelles" autorów francuskich), jako objaw ogólny psychiczny w przebiegu nowotworu mózgu. Natomiast brak jest pewnych ustalonych objawów psychicznych ogniskowych. Naprz. przy nowotworze spoidła wielkiego *Nelken* po szczegółowem rozpatrzeniu piśmiennictwa i na zasadzie własnej obserwacji stwierdza, że należałoby przyjąć, że zaburzenia psychiczne przy nowotworach spoidła nie mają, same przez się nic charakterystycznego dla tej lokalizacji, ani w spoidle jako całości, ani też w poszczególnych jego odcinkach. Również i przy nowotworach płatu czołowego zespół wiłostny (moria) wysunięty jako zespół charakterystyczny przez *Jastrowitza*, stracił na wartości, gdyż spotykano go nader często i przy nowotworach w innych okolicach mózgu *(Sterling)*. *(C. Vincent* uważa morię za objaw kardynalny).

Starano się stwierdzić znaczenie lokalizacyjne dla zespołu Korsakowa (naprz. dla spoidła wielkiego; *Orzechowski* w nowotworze 3-ej komory) jednak i ten objaw bez objawów neurologicznych nie posiada dostatecznego semiologicznego znaczenia.

Baruk zwraca uwagę na to, że już dosyć dawno w różnych obserwacjach nowotworów płata potylicznego (*Henschen* w 1908 r.) i płata skroniowego stwierdzono zaburzenia omamowe, jednak dopiero w ostatnich czasach starano się podnieść ich znaczenie semiologiczne. Oprócz omamów wzrokowych, zwłaszcza jednostronnych w polu niedowidzenia połowiczego, specyficznego jako zaburzenie podrażnienia lub destrukcji w przebiegu drogi wzrokowej, spotyka się i omamy smakowe, węchowe.

Ł. Frey opisuje przypadek śródbłoniaka płata czołowego z omamami wzrokowemi i słuchowemi i powołując się na odnośne piśmiennictwo *(Henschen, Meyer)* tłumaczy możliwość ich występowania ze względu na podrażnienie płata skroniowego, udzielające się z sąsiedztwa.

Jeszcze w 1876 r. *Jackson* [1]) zwrócił uwagę na specjalną aurę sensorialną przed napadami padaczkowemi, charakteryzującą się omamami wzrokowemi, smakowemi i węchowemi i lokalizował ją w okolicy skroniowo-sphenoidalnej, specjalnie w gyrusuncinatus i dał jej nazwę „uncinate fit".

Cushing i jego uczniowie opisywali zespół objawów charakterystycznych dla płata skroniowego, wśród których obok objawów somatycznych (przejściowe porażenie jednostronne kończyn lub też późniejsze przejściowe jednostronne zaburzenie odruchów, zwłaszcza podeszwowego) obserwuje się *napady* omamów wzrokowych w połączeniu z sensacjami smakowemi i węchowemi. Omamy wzrokowe najczęściej przedstawiają się jakgdyby w postaci gry scenicznej naprz. (przyp. *Horrax'a*) w jednym przypadku chorego z jednostronnemi omamami „biało ubrany pan siada przy ogniu i chce włożyć swoje kamasze", inny chory widzi ptaka przelatującego przez pokój w kierunku niego i wyciąga rękę, ażeby go złapać i t. p. Niekiedy odgrywają się całe sceny, naprz. jeden chory *Cushinga* (z jednostronnemi omamami) widzi po prawej stronie czterech panów zasiadających do gry w karty.

Chorzy zazwyczaj później orjentują się co do patologiczności objawu i kontrolują go za pomocą innych zmysłów.

Omamy w przebiegu nowotworów płata skroniowego różnią

[1]) Cyt. Baruka.

się od omamów w przebiegu guza płata potylicowego tem, że te ostatnie są zazwyczaj elementarne, a nie figurowe i jakby sceniczne. Omamom wzrokowym towarzyszą zazwyczaj sensacje węchowe lub smakowe (odczuwanie smrodliwych zapachów lub czucie gorzkiego smaku na języku). Natomiast omamy słuchowe w przebiegu nowotworów płata skroniowego spotyka się bardzo rzadko. Ostatnio opisał *Thomas* przypadek guza płata skroniowego bez omamów.

W naszym przypadku, przypadku guza płata skroniowego lewego obserwowaliśmy obok innych objawów psychicznych właśnie *napady* omamów wzrokowych. Omamy te nie trwały długo, mijały względnie szybko, (najdłużej napad trwał 45 min.) nosiły charakter wyraźnie omamów scenicznych, ani razu nie było omamów elementarnych (świateł, blasków i t. p.). Chora nie miała ani razu omamów słuchowych, natomiast uskarżała się na sensacje smakowe jednostronne. Słowem przypadek nasz mógłby potwierdzać wyżej podane rozważania co do możliwości powstawania napadów omamów wzrokowych, jako objawu ogniskowego, a nie jako objawu toksycznego lub zależnego od ogólnego wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Jest to jedyny objaw psychiczny, który według *Cushing*a i jego uczniów jest objawem charakterystycznym dla nowotworów płata skroniowego; objaw ten staje się bardziej znaczącym, jeżeli chodzi o płat lewy i o ile równocześnie występują zaburzenia mowy, które bywają najrozmaitsze — począwszy od zapominania słów aż do afazji; w naszym jednak przypadku zaburzenia mowy były nieznaczne, przypominały nieco oligofazję. chora czasem nie mogła nazwać przedmiotu, albo podawała inną nazwę. Objaw ten był zresztą bardzo nietrwały i przejściowy. Natomiast nie udało nam się zaobserwować stałych objawów somatycznych; w późniejszym już okrenie (5 tygodni przed śmiercią) po napadzie drgawkowym stwierdzono odruch Babińskiego na obu stopach, który to odruch po kilku dniach minął oraz wygładzenie fałdu noso-wargowego lewego, obserwowane w przeciągu kilku tygodni.

Należy zwrócić uwagę na to, że u chorej z początku cierpienia obserwowaliśmy wyraźną polidypsję i polifagję, co w połączeniu z obustronnym zanikiem nerwu wzrokowego wzbudzało początkowo podejrzenie nowotworu podstawy mózgu, jednak wyjaśniło się jako objaw uciskowy (znaczne rozszerzenie wszystkich komór i ucisk na przysadkę mózgową; p. protokół sekcyjny).

Omawiając dalej zaburzenia psychiczne w naszym przypadku, pomijając okres ostatni — apatji, zobojętnienia uczuciowego, osłabienia intelektualnego, które spotyka się nader często przy guzach

mózgu z umiejscowieniem najrozmaitszem, jako objaw ogólnego ucisku wewnątrzczaszkowego, musi zwrócić uwagę na stan depresyjny naszej chorej; stany depresyjne nieraz są opisywane, zwłaszcza w początkowych okresach i zrozumiała jest w naszym przypadku depresja ze względu na ciężki stan somatyczny (ślepota) doprowadzająca nawet do myśli samobójczych; bardzo rzadko jednak dochodzi do czynów samobójczych, jak w naszym przypadku. Jednak i w naszym przypadku, pomimo napadów zupełnej beznadziejności, rozpaczy, pożądania śmierci oraz depresji długotrwałej, nie było dosyć inicjatywy nietylko do doprowadzenia samobójstwa do końca, ale nawet do obmyślenia planu samobójczego, przejawiały się tendencje samobójcze raczej w pragnieniu zakończenia śmiercią, ciężkiego stanu fizycznego, niż w czynach prób samobójczych.

Bardziej interesujący jest dla nas pierwszy okres stanu psychicznego chorej — okres podniecenia. Podniecenia obserwowane w przebiegu nowotworów mózgu zazwyczaj noszą charakter wiłostny (moria), postrzega się euforję, puerylizm lub też przypominają podniecenie majaczeniowe. Rzadko bardzo mają charakter podniecenia maniakalnego (przypadek nowotworu płata potylicznego — *Claude, Baruk, Lamache et Cuel).*

Holländer stara się uzależnić podniecenie maniakalne od umiejscowienia w płacie skroniowym, z czem nie zgadzają się inni autorowie, zwłaszcza *Baruk.*

W naszym przypadku chora była ruchowo podniecona, śpiewała, gwizdała, tańczyła, była gadatliwa; jednak na zasadzie wywiadu nie można było stwierdzić objawów podniecenia wiłostnego, raczej przypominała podniecenie maniakalne. Wobec tego, że to podniecenie ujawniło się tylko na początku choroby, prawie równocześnie z bólami głowy i rozwijającem się zaburzeniem wzrokowem i przez czas jakiś nawet wysunęło się na pierwszy plan okresu chorobowego, zasłaniając inne objawy, nie można—zdaniem mojem—wyciągać żadnych wniosków ostatecznych ani zgodnych z przypuszczeniem *Holländera,* uzależniającem je od płatu skroniowego, ani też innych autorów, zwalczających tę hypotezę.

Słowem obserwacja naszego przypadku pozwala potwierdzić przypuszczenie, że w przebiegu nowotworów płata skroniowego obok objawów psychicznych ogólnych, niezależnych od lokalizacji, stwierdza się objawy psychiczne ogniskowe, mianowicie napady omamów wzrokowych o charakterze scenicznych obrazów oraz przejściowe sensacje smakowe (wzgl. węchowe), a przy umiejscowie-

niu nowotworu lewostronnem równocześnie obserwuje się i zaburzenie mowy, poczynając od zaburzeń bardzo nieznacznych, ledwie zaznaczonej afazji amnestycznej.

PIŚMIENNICTWO.

Baruk. Les troubles mentaux daus les tumeurs cérébrales. Paris 1926, — *Baruk.* Rew. Neur, 1929 t. II Nr. 1 *Claude, Baruk, Lamache et Cuel.* Excitation maniaque et tumeur cérébrale. L'encéphale 1928 N 1, — *Cushing* cyt. Baruka. — *Ł. Frey* Przypadek śródbłoniaka płata czołowego. Polska Gaz. Lek. 1928, N. 20. — *B. Holländer.* The mental symptoms of brain discease. London 1910. — *Lhermitte.* La symptomatologie psychique des tumeurs du cerveau et sa valeur diagnostique. La pratique médicale française 1923 N 8 (cyt. w Nouv. traité de Medecine XIX 1925). — *Nelken.* Zaburzenia psychiczne przy schorzeniach spoidła wielkiego. Rocznik psychjatryczny z. VIII. 1928. — *Orzechowski.* Revue neurologique 1926.—*Pfeiffer.* Psychische Störnngen bei Gehilrntumoren. Arch. f. Psych. 55, 1910. — *Roussy et Cornil.* Tumeurs cérébrales. Nouv. traité de Médec. XIX, 1925. — *Sterling.* O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. Odb. z Pam. Tow. Lek. Warszawa, 1910. — *Schuster.* Psychische Störnngen bei Hirntumoren, 1902. — *Vincent.* Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal. Revue neurol. 1928 N. 6 (i dysk.).— *André Thomas.* Tumeur de l'extremité autéricure du lobe temporal gauche Rev. Neurol 1928/II N. 1.

Z zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie (Dyrektor — dr. *Józef Bednarz*).

PROBLEM KULTURALNEJ TWÓRCZOŚCI EPILEPTYKÓW.

podał

DR. NORBERT PRÄGER.

Problem kulturalnej twórczości epileptyków jest częścią szerokiego zagadnienia, zmierzającego do wykrycia związków zachodzących między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi. Obie te pozornie tak różne grupy zjawisk wzajemnie się przenikają, twory kulturalne są często przepojone pierwiastkami patologicznemi, treść zaś chorobliwie zmienionego życia psychicznego nie jest zawieszoną w próżni, ale wykazuje wyraźną zależność od epoki historycznej, od jej wierzeń, przekonań i zdobyczy kulturalnych; zmienia się ona z biegiem wieków i z rozwojem kultury.

Ogólna wiara w szatana, czary i uroki znalazła swe patologiczne odbicie w demonomanji i lykomanji średniowiecza, doniosłe nowożytne odkrycia naukowe zabarwiły treść psychotyczną naszych chorych, którzy swe chorobliwe odczuwania łączą z działaniem prądów elektrycznych, sił magnetycznych i t. p. Od stopnia kultury zależy bogatsze lub uboższe ukształtowanie się symptomatologji. Usystematyzowane zespoły urojeniowe spotykamy głównie u osobników stojących na wysokim szczeblu kulturalnym. Bogato rozwinięte życie duchowe odzwierciedla się w bujnie rozwiniętych i różnorakich zespołach objawowych, podczas gdy treść psychotyczna produkowana przez ludzi mało inteligentnych jest uboga i monotonna. Reakcje są bardziej pierwotne, rozgrywają się głównie w sferze ruchowej, górują syndromy majaczeniowe. U ludów pierwotnych przejawia się wypadnięcie wysokowartościowych czynników psychodynamicznych, jak uczucia etyczne i religijne w braku urojeń grzeszności, podobnie ustępują u nich na plan dalszy omamy słuchowe, jako wyraz podrzędnego jeszcze znaczenia mowy dla procesu myślowego (*Kraepelin*).

Fakty te wskazują na doniosły wpływ wywierany przez czynniki kulturalne na zjawiska psychopatologiczne, nie wyczerpują jednak całokształtu związków zachodzących między obydwiema grupami, które przenikają się nie jednostronnie, ale wzajemnie. Działanie idzie i w kierunku odwrotnym, z podłoża patologicznego wyrastają wartości kulturalne.

Chorobliwe odczuwania i przeżycia duchowe wzbogacają fantazję twórczą o nowe elementy, które ulegają przetopieniu w wartości kulturalne. Omamy wzrokowe znalazły artystyczny wyraz w dziełach malarza angielskiego *Blakea*. Objawienia, omamy i kosmiczne przeżycia pobudziły *Swedenborga* do wytworzenia nowego systemu teozoficznego. Schizofrenja przeobraziła osobowość *Strindberga* i odgięła linję jego twórczości kierując ją ku sferom metafizycznym. Ta sama psychoza nadała nowy ton liryce *Hölderlina* i przejawiła się w zmianie stylu malarza *Josephsona*. Odblask toksycznych przeżyć majaczeniowych przebija ku nam z „Sztucznych rajów" *Baudelairea*. Mechanizmy histeryczne nadają zasadniczy ton objawieniom i ekstazom, które wywarły tak potężny wpływ na życie religijne wszystkich czasów i ludów. Pesymistyczna filozofja *Schopenhauera* jest odzwierciedleniem jego depresyjnej konstytucji psychopatycznej.

Przytoczone przykłady wskazują na ogólny fakt, że liczne dopływy pochodzące ze źródeł patologicznych zasilają strumień kulturalny, obecnie zaś spytamy, czy interesująca nas w tej chwili jednostka chorobowa, epilepsja nie przetwarza w pewnych wypadkach psychiki w sposób wpływający dodatnio na zdolności twórcze. Wskazywałyby na to obficie przez historyków przytaczane nazwiska rzekomych „wielkich" epileptyków, którzy wzbogacili swą działalnością literaturę i sztukę i przodowali w ruchach religijnych. Nazwiska te przeniknęły do podręczników i prac psychjatrycznych i posłużyły *Lombrosie* do skonstruowania teorji o ścisłym związku między epilepsją a genjuszem. Zapatrywania *Lombrosa* z biegiem czasu straciły na wartości, siłą bezwładności utrzymują się jednak nazwiska wielkich epileptyków w literaturze psychjatrycznej. Wskażę tu tylko na monografję *Binswangera* o epilepsji.

Nie wdając się w ogólnikowe roztrząsania na ten temat przejdziemy bezpośrednio do analizy dzieł i osobowości t. zw. „wielkich" epileptyków, starając się w każdym wypadku z osobna ustalić, czy ci „wielcy" byli istotnie epileptykami. Tam gdzie odpowiedź wypadnie dodatnio, rozważymy, czy epilepsja wywarła wpływ torujący, czy hamujący, czy też być może wogóle nie zaważyła na twórczości.

I. *Edgar Allan Poë.*

Życie Edgara Allana Poëgo przetkane było rozlicznemi zjawiskami patologicznemi, które wyryły głębokie piętno na jego twórczości odbijającej jak zwierciadło chorobliwe popędy, żądze i namiętności poety. Już szczegóły biograficzne pozwalają na uchwycenie konturów osobowości Poego, wyraziste linje występują jednak dopiero po wniknięciu w treść i charakter twórczości. Utwory Poego — to często przetłumaczona na język poetycki autobiografja *(William Wilson);* w innych utworach zatraca się wprawdzie bezpośredni charakter autobiograficzny, postacie działające szarpane są jednak temi samemi chorobliwemi popędami, które zwichnęły życie „poety potępieńca" *(Wyrzykowski).* Odnajdujemy w nich bezpośredni wpływ chorobliwych stanów psychicznych Poego i uzyskujemy tą drogą dostęp do zrozumienia ich istoty.

Poe pochodzi z rodziny irlandzkiej, której członkowie „słynęli z żywej wyobraźni i nader pobudliwego temperamentu" *(William Wilson).* Rodziców stracił wcześnie. Ojciec zakochał się w aktorce angielskiej, którą poślubił wbrew woli rodziny. Następstwem było przecięcie wszystkich węzłów rodzinnych, ojciec poety zostaje aktorem wędrownym. Szybka śmierć kładzie kres temu koczowniczemu życiu. Rodzice Poego umierają prawie jednocześnie na gruźlicę. Losem pozostałego dziecka zajął się bogaty amerykanin Allan, który zabezpieczył Poemu beztroskie lata dziecięce i młodzieńcze.

Poe jako dziecko odznaczał się wybitnemi zdolnościami, zdumiewał inteligencją i urodą. Chlubiono się nim w domu przybranych rodziców i pokazywano gościom, jako cudowne dziecko. Wola jego była w domu prawem, któremu ulegali wszyscy domownicy. Wcześnie rozwinął się w nim pociąg do marzycielstwa. Monotonne życie codzienne przetapiał w wyobraźni i wydobywał tą drogą — „przebogactwo wrażeń, cały świat przygód, bezmiary najprzeróżniejszych wzruszeń i najobłędniejszych, najbardziej roznamiętniającycch podniet" *(William Wilson).* Rozczytywał się w spółczesnej literaturze romantycznej; zagadkowy, nadprzyrodzony świat czarów, topielic i strachów przyciągał jego żywą wyobraźnię i rozwinął jeszcze bardziej pociąg do rzeczy owianych nieprzeniknioną tajemnicą i niesamowitą grozą.

W 1825 roku wstępuje on na uniwersytet w Charlotteville; poczyna wieść życie hulaszcze, zgrywa się w karty w podejrzanem towarzystwie, zapoznaje się z alkoholem. Upomnienia opiekuna nie skutkują, temperament pcha go do ciągle nowych awantur i przy-

gód. Za przykładem Byrona opuszcza Amerykę z zamiarem udania się do Grecji. Następne dwa lata jego życia okryte są zupełną tajemnicą. Nie wiemy, czy Poe wogóle wyjechał do Grecji i co robił. Nagle w 1829 roku zjawia się on w Petersburgu skompromitowany jakąś nieczystą, bliżej nieznaną aferą. Ambasador amerykański zajmuje się jego losem i odsyła go do ojczyzny. Po powrocie do Ameryki, Poe wstępuje do szkoły wojskowej, z której zostaje wykluczony z powodu licznych przekroczeń, zrywa wtedy ostatecznie z przybranym ojcem i zapoczątkowuje swą działalność literacką. Następuje okres borykania się z nędzą. W społeczeństwie amerykańskiem Poe nie znajduje oddźwięku dla swych utworów. Groza, która tchnie z kart jego dzieł, odpycha czytelników. Poe spada na dno, tarza się w odmętach zupełnego upadku. Pojawiają się zaburzenia psychiczne, występują nagle się zaczynające i ostro się kończące stany przygnębienia i lęku, w czasie których ucieka w samotność i kryje się przed ludźmi. Niektóre z tych stanów przygnębienia pociągnęły za sobą stany ostrego opilstwa, zakończonego objawami drżączki pijackiej. W 1823 roku los mu się uśmiechnął. Zdobywa pierwszą nagrodę na konkursie literackim, redakcję dzienników ubiegają się o jego współpracę. Zarabia dużo. W tym okresie zawiera związek małżeński z Wirginją Klemm. Wiedzie życie towarzyskie, zachwyca otoczenie wybitnym intelektem. W rozmowie czaruje głębią poglądów i porywa wymową. Niespokojny duch, Poe nie zapuszcza jednak nigdzie na stałe korzeni. Zmienia ciągle miejsca pobytu i pracy. Wracają stany okresowego przygnębienia i ataki opilstwa. Śmierć żony kładzie kres życiu rodzinnemu, wraca stara nędza. Poe ucieka w krąg czarownoj złudy, sięga do opjum, szuka zapomnienia w alkoholu, pije już nietylko okresowo, ale w nieprzerwanym ciągu, aż wreszcie drżączka pijacka przecina pasmo jego życia.

Twórczość Poego przepojona jest pierwiastkami patologicznymi. Niektóre jego utwory czyta się wprost jak karty historji choroby. Stany przygnębienia i lęku osiągającego stopień niesamowitej wprost grozy, odbiły się wyraziście w licznych jego nowelach.

Zagłada domu Usherów, Studnia i Wahadło, Berenice, Czarny Kot, Bies Przewrotności, tchną taką bezpośredniością, że musimy wierzyć Poemu, gdy we wstępie do Arabesek zapewnia czytelnika— „że groza ta poczęła się z duszy, wynikła zatem jedynie ze źródeł naturalnych i nie wybiega nigdzie poza swe naturalne granice", W niektórych swych utworach sam Poe widzi — „produkt przelotnego szaleństwa". Przygnębienie poety kładzie się na całem oto-

czeniu, przesiąka atmosferą, która nabrzmiewa grozą. Krajobrazy są upiorne i ponure, panuje złowroga cicza, przyroda jest obumarła, brak światła i zieleni — „wszystko jest przytłoczone tchnieniem surowej, głębokiej, beznadziejnej melancholji" (Zagłada domu Usherów).

„Poe jest wizjonerem, nastroje nękające jego duszę przyoblekają się w omamy, które w nieprzerwanym ciągłym szeregu składają się na dramatyczną akcję" *(Hansen).* Lęk przed pogrzebaniem w śnie letargicznym, z którego zwierzał się często przed przyjaciółmi, przeżywa w formie wizjonerskiej.

„Wyjrzałem; niewidzialna postać, co wiodła mnie za rękę, rozwarła wszystkie mogiły rodzaju ludzkiego, a z każdej bił słaby, fosforyczny blask rozkładu. I zajrzałem do najtajniejszych zakątków, w których stężałe ciała, pogrążone w ponurym, uroczystym śnie, leżały wśród robactwa. Ale biada, tysiąckrotnie większa była liczba tych, co rozpostarci między istotnie śpiącymi nie spali. I czuć było słabą walkę, niespokojną trwogę przedśmiertną, z głębi niezliczonych dołów dochodził szmer miętych całunów, a niejeden z tych spokojnych trupów nie leżał tak, jak go pierwotnie ułożono, lecz wygodniejsze obrał położenie".

Pod wpływem alkoholu zmienia się ton. W „Aniele Cudowności" przeżycia poety w alkoholowym stanie majaczeniowym zostały przetopione w słowo poetyckie. Groza jest wybitnie osłabiona, podbarwia ją wisielczy humor, pojawiają się wizje zwierząt. Akcja składa się raczej z luźnych majaczeń.

Opjum wyczarowywało przed oczy poety krajobrazy o nieziemskiej wprost piękności. Znikły krajobrazy „zalatujące fosforescencją zgnilizny i wyziewem burz" *(Baudelaire).* Pojawiają się czarowne krajobrazy, podobne do tych, które w swych snach opjumowych widzieli *de Quincey, Coleridge i Baudelaire* Na tle zielonych równin toczą swe wody strumyki o przezroczystej kryształowej tafli, wszystko mieni się tęczowemi kolorami.

„Zdawało się, że statek grzęźnie w zaklętem kole, otoczonem ścianami nieprzebytych i nieprzejrzanych gąszczy o stropie tkanym z szafirowego atłasu. Otaczał ich najprzedziwniejszy urok niezwykłości, w dziełach przyrody przejawiała się jakaś czarodziejska osobliwość. Nie widniała nigdzie ani jedna zeschła gałązka, ani jeden zwiędły liść, ani jeden zbłąkany kamień, ani jedna plama brunatnej ziemi. Kryształowa fala toczyła się po wygładzonym granicie. Widz odnosił wrażenie bujności, żaru, barwistości, zaciszności, jednostajności, błogości, miękości, wytworności, lubości jakoteż udoskonalonej

do najwyższego stopnia kultury. Kiedy zaś spojrzenie błądziło po roztęczonem bezlikiem barw zboczu od jego podnóża, co odrzynało się ostro od przezroczy wodnej, aż po gubiące się gdzieś w obłokach grzbiety, nie podobna się było oprzeć przewidzeniu, iż z otchłani niebieskiej stacza się bez szmeru jakaś widnokrężna katarakta rubinów, szafirów i pozłocistych onyksów" (Włość Arnheimska).

Baudelaire, który rozkosze dostarczane przez opjum wyczerpał do dna, wyczuwa też odrazu w tych opisach pokrewny sobie ton, poznaje, że „przestrzeń pogłębiło opjum, które nadaje tu sens magiczny wszystkim barwom i wprawia wszystkie odgłosy w wibrację".

Przejdziemy obecnie do bliższego rozpatrzenia zjawisk patologicznych, którym podlegał Poe. *Van Vleuten i Probst* widzą w okresach przygnębienia i w napadach opilstwa Poego przejawy epilepsji. Zdania tych autorów nie podzielamy. W przebiegu epilepsji właściwej występują niewątpliwie stany ostrego wewnątrzpochodnego przygnębienia. (Epileptische Verstimmungen niemieckich autorów). Według *Aschaffenburga* aż 70% epileptyków cierpi na stany dysforji. Przynależność tych stanów do epilepsji jest oczywista, jeśli występują one przed lub po ataku drgawek, pochodzenie zaś epileptyczne jest wysoce prawdopodobne w wypadkach, na które wskazuje *Römer*, gdy u osobnika z rozwiniętym charakterem padaczkowym, pojawiają się w sposób ostry, stany psychologicznie nieumotywowanego przygnębienia, nawet bez bezpośredniej łączności z drgawkami. W innych wypadkach wskazana jest jednak ostrożność w ocenie i dokładne rozważanie wszystkich okoliczności.

U Poego nie wystąpiły jednak nigdy drgawki, do ostatnich chwil życia nie zaznaczło się obniżenie poziomu intelektualnego. Podobnie trudno sohie wyobrazić epileptyka — „zachwycającego otoczenie osobistym czarem i wymową" (List p. Ingram).

Jedną z cech zasadniczych, znamionujących przygnębienie epileptyczne, jest jego nagłe psychologicznie nieumotywowane wystąpienie (*Aschaffenburg*, *Römer*). Przeprowadzenie dowodu, że stany przygnębienia u Poego były pochodzenia wewnątrzpochodnego, natrafia na niezwykłe trudności. Nędza, borykanie się z przeciwnym losem, niepowodzenia literackie uścieliły życie wrażliwego poety cierniami, które z natury rzeczy mogły wywołać przygnębienie reaktywne, wypadające poza ramy dysforycznych stanów epileptycznych. Nasuwa się też przypuszczenie, że opjofagja poety nie była tu bez znaczenia. Wszak opjum, które wyczarowywało rozkoszne

wizje przed oczy Poego jest mieczem obosiecznym, — „sztuczne raje przechodzą płynnie w sztuczne piekła" (*Birnbaum*). Piekła te poznał Poe z własnego przeżycia. Dały temu wyraz w „Zagładzie Domu Usherów":

„Z wszystkich stron wieje bezgraniczne przygnębienie, do którego z odczuwań ziemskich żadne snadniej porównać się nie daje od wrażeń nałogowego palacza opjum, gdy budząc się zaprzepaszcza się znów z goryczą w szarzyznę życia — kiedy obmierzła zapada zasłona".

Podnieść musimy dalej z naciskiem, że ostrze przygnębienia skierowane było u Poego zawsze przeciw własnej osobie. W stanach tych nie popadł nigdy w konflikt z otoczeniem. Przygnębienie zaś epileptyków ma zawsze dużą przymieszkę aktywności, skierowanej na zewnątrz. Nacechowane jest dużą drażliwością, prowadzącą do niepohamowanych w swej gwałtowności wybuchów afektu. Afekt jest sprężony, przygnębiony epileptyk robi wrażenie nabitego kondensatora, niepokój i napięcie intrapsychicznie wyładowuje się za lada dotknięciem.

Rozważania te czynią epileptyczną genezę przygnębień Poego mało prawdopodobną i kierują naszą uwagę na inne tory.

Przeciwko psychozie posępniczo — szałowej przemawia ostry napadowy początek i równie nagłe zakończenie tych zaburzeń. Histerję wyklucza zachowanie się poety w tych ciężkich chwilach. Poe wycofywał się z życia, uciekał w samotność. Histeryk zachowuje się wprost przeciwnie, szuka ludzi, aby wykrzyczeć przed nimi swój ból i niepokój. Uzewnętrznia swój smutek nadmiernym patosem, płaczem, biadaniem, gestami i mimiką obliczoną na efekt nie cofa się często przed teatralnym zamachem samobójczym, wykonanym na oczach otoczenia. Stany przygnębienia, rozwijające się w przebiegu przychoz organicznych nie wchodzą w rachubę, bo wiek Poego wyklucza przygnębienie starcze, przeciwko zaś niedowładowi postępującemu przemawia brak otępienia i cały przebieg.

Stany przygnębienia tak reaktywnego jak i psychologicznie nieumotywowanego występują często na tle psychopatji ustrojowej, której piętno zaznaczone jest wyraziście na całej osobowości Poego. Psychopatja nadaje ton wszystkim jego przejściom życiowym. Cechuje go niestałość we wszystkich poczynaniach. Zaczyna studja uniwersyteckie, ale wkrótce je przerywa. Miewa szlachetne odruchy, ale słaba wola udaremnia ich wprowadzenie w czyn. Zamiary nie dojrzewają do stopnia decyzji. Porwany entuzjazmem wyjeżdża Poe do Grecji, aby walczyć o jej niepodległość, wypływa zaś skompromitowany

jakąś nieczystą aferą w Petersburgu. Wstępuje do szkoły wojskowej i czyni się tam wkrótce niemożliwym. Po śmierci pierwszej żony chce się po raz drugi ożenić, ale w przeddzień ślubu znajdują go na ulicy spitego do nieprzytomności.

Jest niewolnikiem namiętności, zgrywa się w karty, tarza się w szynkowniach ostatniego rzędu, sięga do opjum. Fantazja góruje u niego nad poczuciem realności. Równowaga psychofizyczna ulega łatwo zaburzeniom, nastroje przyoblekają się w omamy. Wszystkie te właściwości składają się na obraz psychopatji i do niej to odnosimy zaburzenia afektu występującego u Poego.

W ramach psychopatji mieszczą się też ataki dipsomaniczne u Poego. Pierwotne twierdzenie *Gauppa* poparte przez *Kraepelina i Aschaffenburga*, że dipsomanja jest zawsze pochodzenia epileptycznego, nie utrzymało się. Najsilniejsze zastrzeżenia wypowiedział przeciwko temu *Rieger*, który wyklucza jakikolwiek związek między padaczką a dipsomanją. *Rieger* przeszedł z jednej skrajności w drugą. W rzeczywistości dipsomanja okazała się „zespołem, wyrastającym na najrozmaitszym gruncie" (*Binswanger)*. Obserwuje się ją w poszczególnych fazach psychozy posępniczo-szałowej, w histerji, w padaczce samoistnej i wzruszeniowej *Bratza*, najczęściej jednak wedle *Bumkego* u psychopatów.

Poe sam określa swe ataki opilstwa, jako ucieczkę przed życiem pełnem nędzy:

„Prawda, że czasem do szaleństwa odurzam się alkoholem, ale nie odczuwam w tem żadnej rozkoszy. Nie za rozkoszą gonię w owych w chwilach, w których narażam na szwank życie, sławę i rozum. Było to u mnie zawsze rozpaczliwą próbą ucieczki przed wspomnieniami chytrości, niesprawiedliwości i niegodziwości. Chciałem uciec przed straszną samotnością i przed uczuciem trwogi, która ukazywała w duszy jakieś nieokreślone bliskie nieszczęście".

Epizod z życia Poego obejmujący czas od wyjazdu do Grecji aż do wypłynięcia w Petersburgu, uważa *Probst* za „fugue epileptique". Przypuszczenie to opiera się na podstawach zbyt kruchych. Faktem jest wprawdzie, że Poe nie zwierzył się przed nikim ze swych przeżyć w tym okresie, nie uprawnia to jednak do twierdzenia, że przejść tych nie pamiętał. Gdybyśmy jednak przyjęli nawet za *Probstem*, że przejścia te poszły u Poego w zupełną niepamięć, to w amnezji rozciągającej się na okres prawie dwuletni, widzielibyśmy raczej dowód przeciw epilepsji. Tak długotrwałe amnezje spotykamy bowiem u histeryków i psychopatów, którzy wypierają zupełnie z świadomości dłuższe okresy swego życia, jeśli obejmują

one niemiłe wspomnienia, lub przygody grożące konsekwencjami prawnemi.

W rezultacie naszych rozważań odrzucamy padaczkę. Struktura psychiczna Poego pokrywa się w zupełności obrazem psychopatji ustrojowej, która dostatecznie nam tłumaczy tak wykolenie życiowe Poego, jak i zaburzenia psychiczne, którym Poe podlegał.

II. *Wincenty van Gogh.*

Van Gogh jest synem holenderskiego pastora. Wychowany został w środowisku ściśle religijnem, niepozbawionem pewnych małoskowych naleciałości. Zawsze szorstki i pochmurny, nie miał daru zżywania się z ludźmi. Nie umiał się naginać do uświęconych wiekową tradycją szablonów. Nie uznawał kompromisowych rozwiązań. Szedł prosto przed siebie nie oglądając się na otoczenie. Pod szorstką szatą zewnętrzną krył bogate, wewnętrzne życie duchowe, umiłowanie świata i ludzi. Zawsze był gotów do ofiarnych czynów byleby tylko „biednym ludziom nieść pokój w ich codziennem życiu". Tęsknił do spójni z ludźmi, garnął się do życia społecznego, ale równocześnie niezrozumiałą dla otoczenia szorstkością i niepohamowanemi wybuchami afektu, odpychał otoczenie, które nie rozumiejąc go, stawiało między nim a sobą mur niechęci, albo wręcz nienawiści. Izolację tę odczuwał z goryczą. „Jestem jak ten pies kudłaty— wywnętrza się w liście przed bratem — o mokrych łapach, którego się boją wpuścić do pokoju. Pies ten jednak ma wrażliwą, czującą duszę".

W życiu swem przebiega kilka zawodów. W zawodach widzi nie środek służący do do utrzymania się na powierzchni życia, ale posłannictwo. Sposób patrzenia Van Gogha na cele życiowe charakteryzują dobitnie wyjątki z jego listów do brata, przed którym zwierza się stale z najmniejszych drgnień, swych uczuć i myśli. Chciałby „pomagać i być pożyteczny, czuje wewnętrzny płomień swej duszy" i żali się równocześnie, że nikt przy tym ogniu nie usiłuje się ogrzać, „ludzie widzą tylko dym nad kominem i idą dalej swoją drogą".

Takie pojmowanie zawodu nosiło w sobie zarodki przyszłych konfliktów życiowych. Van Gogh przerzuca się ciągle na nowe pola pracy. Odbywa zrazu praktykę w sklepie z przedmiotami sztuki, sądząc, że stanie się w przyszłości ogniwem między twórcą a szeroką publicznością, bezinteresownym łącznikiem, stawiającym interes

sztuki ponad swój własny. Zatargi z właścicielem sklepu odwodzą go od tego zamiaru. Wyjeżdża do Anglji i spełnia przez pewien czas obowiązki nauczyciela, ale i tutaj nie wytrwał długo na stanowisku. Przerzuca się na studjum teologji, sądząc, że w przyszłości jako kaznodzieja przysłuży się ludzkości. Po krótkim czasie w teologji uniwersyteckiej widzi tylko „wylęgarnię faryzeuszostwa". Nie kończy studjów, schodzi między lud i jako kaznodzieja wędrowny niesie robotnikom kopalnianym w Borinage słowa wiary... i zostaje wygwizdany, ponieważ prosty lud nie był w stanie zrozumieć przepojonej mistycyzmem wiary Van Gogha, głoszonej nadomiar niezrozumiałym ciężkim stylem.

Wiara Van Gogha nie polega na prawowierności dogmatycznej. Van Gogh wgłębia się w istotną treść, z pominięciem formy. W liście do brata pisze, że wiara w Boga, to nie jest wiara we wszystkie gadki religijne i pomysły jezuickie... wierzyć w Boga to znaczy czuć, że istnieje żywy Bóg, nie martwy nie wypchany, ale popychający nas ciągle w kierunku „aimer encore".

„Biblja", pisze w innym liście, „której małostkowość i niebezpieczna głupota rani nam serce, zawiera w twardej skorupie jądro pocieszenia, którem jest Chrystus". Myśli Van Gogha krążą ciągle dookoła zagadek prabytu. W przyrodzie szuka Boga, jako źródła wszechrzeczy, a w jego tworach usiłuje wyczuć nadprzyrodzone boskie pierwiastki.

Ta właściwość umysłu Van Gogha, przejawia się we wszystkich jego późniejszych dziełach malarskich, z których wieje tchnienie mistyczne i kosmiczne.

W początkach swej twórczości Van Gogh maluje w stylu staroholenderskim. W 1886 roku przyjeżdża do Paryża i wciąga się odrazu w rydwan impresjonistyczny. W okresie tym powstają przepiękne martwe przyrody, świecące drogocennym blaskiem barw. Dzieła jego z tego okresu mimo pierwszorzędnych walorów „tchną zupełnym spokojem" *(Jaspers)*.

Z początkiem 1888 roku Van Gogh opuszcza Paryż i wyjeżdża do Arles, gdzie wolny zupełnie od wpływów środowiska impresjonistycznego, zaczyna nową erę swej twórczości. Powstają dzieła malowane w odmiennym niż dotychczas stylu. Zmienia się forma zewnętrzna i nowy duch zaczyna wiać z jego płócien.

Van Gogh ucieka się do własnej destrukcyjnej optyki (*Maks Raphael*). Odbiega zupełnie od poprawności perspektywicznej. Płaszczyznę rozdziera na linje, które powyginał falisto, powykręcał spiralnie, posplatał w kłęby lub poukładał w promienie. Rzucił na

płótno szereg barwnych punktów, przecinków i elips. Linje pionowe powyginał, zachwiewając tą drogą poczucie równowagi widza *(Müller Freienfels).* Przedmioty upodobnił do figur geometrycznych, słońce i gwiazdy przedstawił jako koncentryczne koła. Tą swoistą techniką wywołał efekt wprost zdumiewający, w miejsce topiki wprowadził dynamikę przestrzeni, przedmioty martwe upodobnił do żywych indywiduów, goniących w nerwowym niepokoju, rwących w zawrotnym pędzie. Dla zobrazowania potężnago wpływu, jakie te płótna wywierają, przytoczę sąd kilku historyków sztuki i psychjatry *Jaspersa.*

Tugendgold: „Van Gogh maluje nie rzecz samą, ale jej symbol, jej tendencje, które zawsze nabierają charakteru dynamicznego. Patrzy na przyrodę przez pryzmat duchowego przeżycia, jaki ona w nim budzi. Nie kopjuje przyrody, ale odtwarza ją w jej odwiecznym mistycznym jestestwie".

Raphael: „Van Gogh nie maluje kształtów, ale kształtowanie się. „Panta rei — wszystko płynie" greckich filozofów i czas jako metafizyczne praźródło bytu, znalazły w twórczości Van Gogha swój optyczny wyraz".

Hartlaub: „Van Gogh maluje przyrodę, jak gdyby ona była świadkiem misterjum narodzin życia. Z płócien tych bije nastrój religijny".

Jaspers: „W płótnach Van Gogha czuje się estetyczne podniecenie, leży w nich napięcie, wieje metafizyczny duch, wyraża się światopogląd".

W twórczości Van Gogha przemożną rolę grają symbole. Już na tem miejscu zaznaczamy z naciskiem, że jest to symbolika świadoma, obrazowe przedstawienienie już gotowego, skrystalizowanego, abstrakcyjnego pojęcia, różni się więc zasadniczo od symboliki schizofrenicznej.

Równolegle ze zmianą stylu pojawia się nowy ton w listach van Gogha. Wyrażały one wprawdzie już przedtem walkę artysty o światopogląd i mocowanie się z formą, wszystko to było jednak nie tyle eruptywne, ile osnute pewnym tonem refleksji. Stają się one namiętne w wyrazie, brzmią wprost jak krzyk. Van Gogh czuje płomień natchnienia, pisze o gorączce pracy, wspomina o tem, że duch jego jest napięty jak struna przed pęknięciem.

W grudniu tego przełomowego dla twórczości roku występują pierwsze objawy psychozy.

Zbieżność czasowa (różnica wynosi tylko kilka miesięcy) między zmianą stylu a psychozą jest zjawiskiem rzadkiem, które siłą

rzeczy ściągnęło na siebie uwagę psychjatrów. Drogą analizy osobowości i dzieł van Gogha usiłowano wtargnąć w mechanizm jego twórczości. Starano się dociec, czy przeżycia psychotyczne nie wzbogaciły jego psychiki o nowe wartości, które zmieniając człowieka, przemieniły w nim równocześnie artystę i zmusiły do szukania nowych środków wyrazu.

Dociekania zacieśniły się dookoła pytania, na jaką psychozę cierpiał van Gogh i do rozważenia kwestji, czy zmiana stylu była uwarunkowana psychozą, jako jednym z współczynników, czy też leżała na linji rozwoju artysty. Poglądy się podzieliły. *Jaspers, Weygand, Westerman i Holstijn* przyjmują, że van Gogh cierpiał na schizofrenję, która wywarła przemożny wpływ na jego twórczość. Lekarze zakładowi w St. Remy, pod których opieką van Gogh przebywał i *Evensen* skłaniają się ku epilepsji. *Riese* rozpoznaje u van Gogha epizodyczne stany pomroczne, a więc jednostkę blisko epilepsji stojącą. *Evensen i Riese* zapatrują się sceptycznie na związek między psychozą a zmianą stylu.

Jaspers zaś i *Weygand* w nowym stylu van Gogha dopatrują się cech charakterystycznych dla twórczości schizofreników.

Weyganda uderza głównie forma zewnętrzna. Podkreśla on rozdarcie płaszczyzny na linje, stereotypowe powtarzanie motywów i odbieganie od realnej rzeczywistości, występujące jaskrawo w upodobnieniu przedmiotów do figur geometryczznych. *Weygand* zadowala się rozpatrzeniem czysto zewnętrznych cech, nie wnika zaś w istotę twórczości. Traktuje formę, jako coś oderwanego od treści dzieła i od osoby twórcy. Wnioski oparte na takiem ujmowaniu zagadnienia, nie moga mieć dla nas większej wartości, tem bardziej, że *Riese* wykazał zbieżność tendencji van Gogha ku formom najprostszym z jego poglądami na sztukę, wypowiedzianemi w okresie poprzedzającym wybuch psychozy o kilka lat. W schematycznem traktowaniu odtwarzanych przedmiotów, historyk sztuki, *Maier Graefe* widzi zarodek nowej, naturalnej i niewymuszonej sztuki ludowej i nie dostrzega zupełnie jakichś objawów rozkładu lub dziwaczenia formy.

Jaspers sięga głębiej niż *Weygand.* Przyjmuje u van Gogha schizofrenję nie na podstawie oznak zewnętrznych, ale opiera się na intuicyjnie wyczuwalnej atmosferze schizofrenicznej, w której, zdaniem jego, są zanurzone obrazy van Gogha. Czuje w nich, jak wogóle w życiu psychicznem schizofreników, cały świat niezrozumiałego bytowania duchowego, którego w całości nie można jeszcze scharakteryzować, lub ująć w słowa. Przyjmuje on, że u schizofre-

ników „rozwierają się metafizyczne głębie, że doznają oni objawień wzbudzających grozę i błogość najwyższą, objawień niknących w późniejszem stadjum otępienia, z pozostawieniem nieznacznych tylko reminiscencji". Życie tych ludzi staje się pełne niepohamowanych namiętności, przybiera charakter „demoniczny". Ten demonizm tkwi zdaniem *Jaspersa* pod powierzchnią normalnego życia psychicznego i dopiero proces schizofreniczny, rozluźniając strukturę życia duchowego, powoduje erupcję strumienia demonicznego i metafizycznego i przepaja duchem niejako transcendentalnym życie i dzieła ludzi nim objętych.

Wnioski *Jaspersa* wysnute z przesłanek tak niepewnych, jak intuicyjne wyczucie schizofrenicznego bytowania duchowego w dziełach van Gogha, są zbyt daleko idące. Na czysto subjektywnych wrażeniach, zmiennych zależnie od nastawienia badającego, trudno się oprzeć przy ustalaniu rozpoznania klinicznego, któreby przy tej metodzie pozostawało w sferze mniej lub więcej prawdopodobnych domysłów, nasuwałoby się bowiem zawsze z nieodpartą koniecznością pytanie, czy metafizyczne pojmowanie i obrazowanie życia jest wyłącznym udziałem tylko schizofreników.

Stanowisko *Jaspersa* spotkało się też ze słuszną krytyką *Birnbauma*, który w liście otwartym skierowanym do *Jaspersa* podkreśla z całym naciskiem, że nie można się powierzyć metodzie czysto intuicyjnej, która nie dostarcza innych dowodów, prócz subjektywnego wyczucia.

Analiza samej tylko twórczości van Gogha, z pominięciem obrazu klinicznego psychozy, żadną miarą nie może służyć jako dowód za lub przeciw schizofrenji. Wynika to jasno z bardzo rozległych badań *Prinzhorna*. *Prinzhorn* w swych rozważaniach dochodzi do wniosku, że im szerzej uwzględniamy materjał porównawczy, rozpatrując prace artystyczne wykonane przez dzieci i zdrowych ludzi dorosłych, utwory wszystkich krajów i czasów, jakoteż sztukę prymitywną i ludową, tem mniej znajdujemy cech patognomicznych dla schizofreni). Co więcej rysunki padaczkowych, porażeńców i chorych z grupy posępniczo-szałowej często nie dają się zupełnie odróżnić od prac wykonanych przez schizofreników.

Prinzhorn wyszczególnia jednak pewne cechy, mogące odegrać rolę posiłkową, absolutnie jednak nie decydującą, przy ustalaniu rozpoznania.

Wymienia on górowanie techniki nad treścią, skłonność schizofreników do unikania wzorów prostych, wziętych z natury i wieloznaczną symboliką,

O górowaniu formy nad treścią niema wogóle mowy w twórczości van Gogha. Van Gogh rysował i malował prawie tylko i wyłącznie z natury.

Za model służyły mu niejednokrotnie przedmioty najprostsze. Wżerał się całym żarem serca w naturę. *(Raphael).* W symbolice van Gogha trudno się dopatrzeć wieloznaczności, wszak rozumie i odczuwa ją zawsze jednakowo postronny widz, historyk sztuki i psychjatra.

Twórczość schizofreników jest mało zrozumiała, nosi ona charakter czysto osobisty, widzimy w niej odblask autystycznego zasklepienia, jest wyrazem „solipsyzmu" *(Prinzhorn).* Dzieli ją więc cała przepaść od fascynujących swym ogólno-ludzkim duchem dzieł van Gogha.

Nowy styl van Gogha odbiega wprawdzie daleko od codziennego szablonu, nie wykazuje jednak żadnych znamion wskazujących na psychozę, tem mniej zaś na jej określoną postać. W drodze ku rozpoznaniu musimy s,ę więc zwrócić ku objawom samej psychozy.

W Arles w grudniu 1888 r. wybucha u van Gogha ostra psychoza. O pierwszych jej objawach dowiadujemy się z opisów naocznego świadka, malarza *Gauguina* („*Vorher und nachher*" von *Paul Gauguin*, w tłumaczeniu niemieckiem *Schwacha*).

„Udaliśmy się do kawiarni. Nagle van Gogh cisnął mi kieliszek z absyntem w twarz, po kilku minutach umieściłem go w łóżku. Wkrótce zasnął i obudził się dopiero na drugi dzień rano. Następnego dnia pamiętał tylko niejasno, że mnie obraził".

Następnego dnia wieczorem van Gogh rzucił się na Gaugina z brzytwą w ręku. Nie uszkodził go jednak, lecz szybko zawrócił do mieszkanla, gdzie w podnieceniu odciął sobie ucho. Popada później w kamienny sen, z którego się obudził w stanie zupełnie przytomnym. Oddano go do szpitala gdzie tuż po przybyciu „znów się jego myśli zamąciły". Po opuszczeniu szpitala van Gogh czując, że nie może żyć bez stałej opieki lekarskiej na własną prośbę zostaje przyjęty do zakładu psychjatrycznego w St. Remy po przedłożeniu świadectwa d-ra Peyrona, który stwierdza u swego pacjenta: „Manie aiguë avec hallucinations de la vue et de l'ouie qui l'ont porté à se mutiler en se coupant l'oreille. Aujourd'hui il parait revenu à la raison. J'estime en consequence de tout ce qui précède que M. von Gogh est sujet à des attaques d'epilepsie fort eloignées les unes des autres". *(Walter Riese: „Vincent van Gogh in der Krankheit").*

Następnie z „notes mensuelles du Médecin de l'asil" dowiadujemy się, że „il était entré à la suite d'un accès de manie aigue,

qui était survenue brusquement accompagnée d'hallucinations de la vue et de l'ouie qui le terrifiaient. Pendant cet accès il se coupa l'oreille gauche, mais il conserve de tout cela qu'un souvenir très vague et ne peut s'en rendre compte.

Il nous raconte qu'une soeur de sa mère était épileptique et qu'on compte plusieurs cas dans sa famille.

Ce malade, calme la plupart du temps a eu pendant son séjour dans la maison plusienrs accès; le malade est en proie a des terreurs et visions terrifiantes et il a essayé à plusieurs reprises de s'empoisoner.

Dans l'intervalles des accès le malade est parfaitement tranquille et se livre alors avec ardeur a la peinture" (*Walter Riese: „Vincent van Gogh in der Krankheit")*.

Napady występu)ą u van Gogha zwykle nagle, niekiedy wprost przy pracy malarskiej. „Ten nowy atak wystąpił u mnie nagle, gdy w burzliwy dzień malowałem w polu"—wspomina w swych listach. Świadczy o tem i wyżej przytoczony opls *Gauguina*. Czaz trwania rozmaity, rozciąga się na minuty, godziny, a nawet tygodnie. Przeżycia w tych atakach mają często zabarwienia religijne: „Muszę Ci jeszcze raz powtórzyć, że ku memu wielkiemu zdziwieniu, ja człowiek światowy, podziwiający Zolę i Goncourtów, miewam napady, w których opanowują mnle idee religijne, o treści wprost szaleńczej, spotykanej tylko u ludzi zabobonnych. ...Nie sądzę, aby moja choroba przybrała charakter urojeń prześladowczych, bo myśli moje w stanie podniecenia krążą zawsze dookoła wieczności i życia wiekuistego". (*List do brata*).

Przeżycia van Gogha dochodzą niekiedy do stanów ekstazy: „Co chcesz, miewam chwile, w których mój zapał dosięga wyżyn proroctwa. Jestem wtedy, jak ta grecka wyrocznia na trójnogu". Czasami znika przed nim — „zasłona okrywająca czas i los".

W okresach między stanami podniecenia, van Gogh był „parfaitement tranquille", gorączkową pracą usiłował zapobiedz nawrotom, wyrażał ciągle nadzieję, że ataki więcej nie wrócą. Zachował doskonałą zdolność do wydawania krytycznych sądów o rzeczach i o sobie i to w tej mierze, że nawet *Jaspers* wspomina o tej — „souveräne Stellungsname zu seiner Krankheit", jako o czemś niezwykłem, niespotykanem u schizofreników.

Przy ocenie tych objawów natrafiamy na duże trudności. Przęciwko schizofranji przemawia obraz kliniczny. Psychoza ta nie może nam wytłumaczyć zaburzeń psychotycznych rozciągających się na okres kilkuminutowy lub kilkugodzinny. Obciążenie dziedziczne,

wybitna drażliwość, ostre i krótkotrwałe zaburzenia psychotyczne z objawami gwałtownego podniecenia ruchowego, omamami wzrokowemi i słuchowemi, czynnościami popędowemi skierowanemi przeciwko otoczeniu i własnej osobie, kończące się głębokim snem, z pozostawieniem mglistych tylko wspomnień po sobie, wskazują na epilepsję. Za epilepsją przemawia dalej zabarwienie religijne przeżyć, stany ekstatyczne i brak jakichkolwiek zmian patologicznych w okresach międzynapadowych.

Nie napotkałem jednak nigdzie na źródłową wzmiankę o napadzie drgawek. *Birnbaum* w swych „Psychopathologische Dokumente", mówi wprawdzie o fazach chorobowych, które „przebiegały z drgawkami i stanami podniecenia", nie podaje jednak źródła tej wiadomości.

Właściwości charakterologiczne rozbiegają się zupełnie ze znanym nam obliczem psychicznem epileptyków. Dążenie ku istotnej treści z pominięciem formy jest czemś zupełnie obcem dla psychiki epileptyków, przywiązanej właśnie do dogmatów i skostniałych form. Wytworzenie nowego stylu, chodzenie własnemi, nie utartemi ścieżkami jest właściwością niespotykaną u epileptyków, którzy będąc niezdolni do zrozumienia, a tem mniej do wytworzenia nowych wartości, trzymają się kurczowo szablonu. Głęboką wiarę van Gogha dzieli przepaść od bigoterji epileptyków.

Przeciwko epilepsji nasuwa się więc cały szereg zastrzeżeń. Pomimo tychże jednak oprzeć się musimy na zespole objawów występujących w atakach psychotycznych oraz na całym przebiegu klinicznym i skłaniamy się ku rozpoznaniu epilepsji, przebiegającej u van Gogha pod postacią równoważników psychicznych.

Brak rysów składających się na obraz charakteru i otępienia padaczkowego wytłumaczyć możemy krótkotrwałością procesu chorobowego, który nie zdążył jeszcze wyryć swego piętna na osobowości van Gogha, ponieważ przerwał on kulą nić swego życia w niecałe dwa lata po wybuchu choroby. Dokładne okoliczności towarzyszące samobójstwu są nieznane.

Można tylko snuć domysły, że samobójstwo nastąpiło w jednym z ataków nacechowanych popędową tendencją do samouszkadzania. Nie jest jednak wykluczone, że była to ucieczka przed życiem, które choroba uczyniła nieznośnym ciężarem. Samobójstwo van Gogh popełnił w miejscowości Auvers sur Oise, już po opuszczeniu zakładu w St. Remy.

Odrzuciwszy schizofrenję, równocześnie przekreślamy wpływ tej psychozy, jako czynnika współtwórczego przy zmianie stylu.

Przypuszczenie, że padaczka przekształciła zupełnie twórczość van Gogha jest nieprawdopodobne. Do tak sztucznego tłumaczenia nie potrzebujemy się uciekać, gdy skupiamy swą uwagę na osobie samego twórcy. Twórczość czysto impresjonistyczna była przeciwną całej jego naturze. Van Gogh w sztuce widział posłannictwo życiowe, we wszystkiem doszukiwał się istotnej treści i dlatego musiał pójść własną drogą. Zmiana stylu, odbiegnięcie od wzorów impresjonistyczny^ɔh były nieodzowną koniecznością, wypływającą logicznie z całej jego struktury duchowej. Wszak impresjonizm głosił zasadę„ l'art pour l'art". Całe zainteresowanie impresjonistów koncentrowało się na barwie i efektach świetlnych. Impresjoniści nastawiali oko widza „na wartości czysto senzoryczne". *(Müller Freienfels),* treść zeszła na dalszy plan, nie szukano istoty poza zjawiskiem, wystarczało samo zjawisko. Istota zjawiska, to dla impresjonistów „bezwartościowa niepraktyczna wypocina mózgowa, przeznaczona dla ludzi, którzy nie umieją patrzeć", *(Raphael).* Poco wnikać wgłąb, skoro jak powiada *Rodin* „la nature... je sais l'admirer à présent et je la trouve tellement parfaite que si le bon Dieu m'appelait et me demandait ce qu'il doit y corriger, je repondrais que tout est bien et qu'il ne faut toucher à rien".

Van Gogha zaś, tego malarza i mnicha w jednej osobie, („jestem przez pół mnich a przez pół malarz" — pisze w liście z St. Remy), przyciągał od zarania młodości nie rzecz sama jako taka, ale jej istota.

Patrzył na przyrodę nietylko jak na symfonię barw rozkoszną dla oka, ale jak na mistyczne jestestwo, które go „przywodzi do niepamięci i pozbawia na kilka dni zdolności do pracy". Sztuka miała dla niego tylko wartość o tyle, o ile go zbliżała do zrozumienia nieskończoności.

Ku tej nieskończoności zbliża się w Arles, gdzie zdala od środowiska impresjonistycznego odnajduje sam siebie. Osiąga wtedy kulminacyjny punkt swego napięcia twórczego. Dochodzi do stylu, który jest emanacją całej jego osobowości. Dorwawszy się własnego „języka optycznego", tworzy gorączkowo, maluje nie pędzlem, ale „końcami nerwów" *(Tugendgold).* Powstają obrazy jakościowo najlepsze, pod względem zaś ilości, praca w latach 1888 do 1890 jest najwydatniejsza. Ta ekstaza tłomaczy twórcza nam dostatecznie namiętny ton listów z tego okresu.

Przeżycia psychotyczne o zabarwieniu ekstatycznem i religijnem, pogłębiając pierwiastki mistyczne w jego psychice, mogły go utrwalić w nowoobranym kierunku. Do przyjęcia bezpośredniego

związku przyczynowego między psychozą a zmianą stylu, brak dostatecznych podstaw. W nowej erze twórczości van Gogha widzimy osad myśli i uczuć wynikających z jego struktury duchowej.

Gustave Flaubert.

Z osobą Flauberta, w krąg naszych rozważań wchodzą wielcy twórcy, którzy cierpieli na napady drgawek. Zanim *Samt* opisał zmiany psychiczne związane z epilepsją („der arme Epileptiker, das Gebetbuch in der Tasche, der liebe Gott auf der Zunge und der Ausbund von Canaillerie im Leibe"), drgawki były absolutnym probierzem w kliniczno-opisowem ujęciu tej choroby. Nic więc dziwnego, że za epileptyków uważano wszystkich tych, którzy kiedykolwiek w życiu przechodzili napady drgawek. Obserwacja kliniczna wykazała jednak, że nietylko drgawki, ale nawet i sztywność źrenic w czasie ich trwania, nie jest absolutnie patognomiczna *(Westphal, Carplus).* Okazało się, że wielu rzekomych epileptyków cierpiało na drgawki histeryczne, psychasteniczne *(Oppenheim)*, psychaleptyczne, *(Spiller, Dana)*, ulegało padaczce wzruszeniowej (*Affektepileptische Zustände Bratza*), lub symptomatycznej, występującej w przebiegu rozmaitych schorzeń układu nerwowego,

Momenty te osłabiające wartość drgawek, jako objawu decydującego przy rozpoznaniu padaczki samoistnej, zmuszają nas do uwzględnienia sfery psychicznej, gdzie padaczka wytwarza swoiste zmiany znane pod nazwą charakteru i otępienia padaczkowego. Nie możemy tu jednak przemilczeć faktu, że niektórzy badacze nie uważają otępienia za zjawisko stałe i konieczne przy padaczce.

I tak *Wildermuth* u pacjentów pozazakładowych znalazł tylko 47% otępiałych, *Binswanger* zaś z własnego doświadczenia wskazuje na epileptyków, u których mimo wieloletniej choroby, nie było mowy o obniżeniu sił intelektualnych. *Bumke*, opierając się na całkiem świeżym materjale kliniki psychjatrycznej w Lipsku, stwierdza zmiany psychiczne pod postacią mniej, lub więcej rozwiniętego otępienia w prawie 100% wypadków, ale i sam *Binswanger* przyznaje, że nawet u nieotępiałych epileptyków, pojawiają się pewne charakterystyczne zmiany — „pedanterja, drobiazgowość, rozwlekłość w wynurzeniach, przeczulenie, wyraźny egoizm lub skłonność do hypochondrycznej troski o własne zdrowie i przecenianie własnej osoby".

W naszych rozważaniach uważać będziemy drgawki za objaw

ważki, którego nie można jednak wyrwać z zespołu zmian patologicznych somato-psychicznych wywołanych, przez padaczkę samoistną.

W rozpoznaniu kierować się będziemy całym zespołem.

Wrócimy obecnie do osoby Flauberta. Już same ataki drgawek posiadają pewne uderzające cechy. Poprzedzają je zwiastuny, w czasie których Flaubert dzieli się z przyjaciółmi wrażeniami, które odczuwa. Zwiastuny rozciągają się na okres tak długi, że Flaubert ma zawsze czas przygotować się na atak przez ułożenie się na łóżku. Na najbardziej zaś zdumiewające zjawisko natrafiamy przypatrując się stronie fenomenologicznej tych ataków. Dowiadujemy się od samego Flauberta o jego przeżyciach w chwili, gdy nim miotają drgawki. Flaubert w liście do Luizy Colet pisze: „Byłem w pełni świadomości, choć nie mogłem mówić. Duszę miałem wciągniętą w siebie, jak jeż, który się rani własnemi kolcami". Ataki były dla Flauberta... „des pertes séminales de la faculté pittoresque du cerveau, cent mille images sautant a la fois en feu d'artifice. Il y avait un arrachement atroce de l'ame d'avec le corps". Uważa je za... „des déclivitès involontaires d'idées, d'images. L'elément psychique saute par-dessus moi".

Sposób występowania drgawek i przeżycia Flauberta w czasie ich trwania czyni padaczkę mało prawdopodobną. Wątpliwość zaś, czy Flaubert cierpiał na padaczkę, przeradza się w pewność, że nią nie był dotknięty, gdy pomijając drgawki, kierujemy swoją uwagę na jego oblicze psychiczne.

Flaubert odznaczał się wybitną wrażliwością. Przeżycią i zdarzenia natury codziennej budziły w nim nadmierny oddźwięk, powodujący skrajne wychylenia afektu. Jego radości są zbyt jaskrawe, smutki przesadne, już drobne niepowodzenia życiowe powodują ogólne załamanie i ataki spazmatycznego płaczu. W stosunku do otoczenia był niewyrównany, raz delikatny, kobieco miękki, bywał czasem szorstki i bezwzględny. Cechuje go wybitny pęd do przeżywania rzeczy niecodziennych, nadzwyczajnych; bolał nad tem, że współczesny mu okres nie dostarcza niczego, nad przesyt i ziewanie. Nie znosił utartych dróg, małomieszczańskie środowisko napawało go wzgardą. Treść rozmów i ubiór mieszkańców miasteczka Rouen pobudzał go do wymiotów. Nie miał zrozumienia dla przygaszonych namiętności i utemperowanych charakterów. „Rozsądnych ludzi czynu, źle ubranych i sennych" uważał za ograniczonych. Nie uznawał autorytetów. Dla współczesnych sobie ludzi sztuki i nauki miał tylko słowa krytyki.

Stosunek Flauberta do wiary odmalowuje najlepiej scena zmierzchu Bogów w „kuszeniu św. Antoniego". Ginie Budda i Ormuzd, Jowisz czuje śmierć nadchodzącą. Hercules ginie zgnieciony zwaliskami. Apollo spada w otchłań. Jehowa oznajmia, że jego świątynia w gruzy upadła, że był Panem i Bogiem. Chrystus upada pod ciężarem, dookoła niego gromadzą się narody, klnąc i bluźniąc. (Scena upadku Chrystusa zawarta jest tylko w pierwotnym rękopisie). Po upadku bogów pojawia się Hilarion, przemieniony w Archanioła, głosząc, że „królestwo moje to rozmiar wszechświata, a moje pragnienie niema granic. Idę wciąż wyzwalając rozum i ważąc światy bez nienawiści, bez bojaźni, bez litości, bez miłości. Nazywają mnie wiedzą".

Religję Flaubert uważa za koncepcję zmienną, za ideę i wynalazek ludzki. Nic więc dziwnego, że *Zola* określa Flanberta jako „le negateur le plus large, que nous ayons dans notre litérature. Il professe le veritable nihilisme" (*Reik*).

Wyobraźnia góruje u Flauberta nad rzeczywistością. W niej przeżywa wszystko to, czego życie poskąpiło. Dzieli romantyczne przygody bohaterów powieściowych; jego napięcie przy lekturze dochodzi do tego stopnia, że wyrywa sobie kosmyki włosów i gryzie się w język *(Binet-Sangle)*.

Twory zaś własnej fantazji tak żywo na niego działają, że żyje wraz z niemi. Przeżywa nietylko najmniejsze drgnienia ich uczuć i myśli, ale dzieli z niemi nawet odczucia cielesne. Wraz z Emmą Bovary zażywa truciznę, czuje arszenik na języku i doznaje wymiotów. Opisując jej jazdę konną odbywa drogę wraz z nią, poci się i czuje suchość w krtani, gdy zaś rzuca na papier słowa „atak nerwowy", czuje, że jego własny atak się zbliża. Możność wżywania się w twory własnej lub cudzej fantazji jest zjawiskiem doniosłym dla procesu twórczego, jeśli jednak identyfikacja rozciąga się i na sferę somatyczną, staje się zjawiskicm histerycznem.

Stosunek Flauberta do wiary, utartych form autorytetów i dogmatów rozbiega się zupełnie z odnośnem nastawieniem epileptyka. Struktura duchowa Flauberta zbliża się, a miejscami wprost się pokrywa z obrazem konstytucji histerycznej w sensie *Bumkego i Jaspersa*.

Poza uderzającemi cechami samych ataków i strukturą duchową poety na histerję wskazuje ścisły związek tych ataków z życiem seksualnem Flauberta. Drgawki wystąpiły poraz pierwszy u niego w wieku młodzieńczym, gdy nazewnątrz pędził życie zupełnie wstrzemięźliwe, unikając kobiet. Przez pewien czas nosił się nawet

z zamiarem skastrowania się. Prowadząc na zewnątrz życie mnicha, przeżywa wszystkie odczucie rozkoszy seksualnej w wyobraźni i w snach. Rozczytuje się w książkach pornograficznych. W wyobraźni krąży szczególnie uporczywie dokoła aktów sadystycznych. Jego ulubionym autorem jest markiz de Sade. Pociągają go postacie starożytnych tyranów, tak że *Saint-Beuve* mówi wprost o jego „imagination sadistique". Zachwyca się Neronem i Heliogabalem, którzy są dla niego najpiękniejszą manifestacją człowieczeństwa. O sobie twierdzi, że urodził się o całe wieki zapóźno, bo jest stworzony na to, aby posiadać licznych niewolników i tysiące kobiet i ścinać głowy tych, których twarze wzbudzają w nim odrazę. Obraz palących żądz Flauberta tchnie z opisu pokus czyhających na św. Antoniego, z poza którego wygląda oblicze samego Flauberta, który w jednym z listów przyznaje, że sam on był św. Antonim. W utworach jego uderzają opisy okrucieństw. Przypomnę tylko sceny z Salambo, jak mordowanie jeńców, sąd Hamilkara nad niewolnikami, ofiarę dzieci Molochowi, gdzie szeroko opisuje skwierczenie mięsa ludzkiego na rozpalonej blasze, okrutną śmierć Libijczyka Matona i wiele, wiele innych.

Żądza sadystyczna natrafiła na barjerę zbudowaną z praw i zwyczajów tej epoki, ku której Flaubert czuł prawdziwe fale nienawiści. Wyżywała się ona częściowo w fantazji, która jednak nie mogła zastąpić w pełni realnego spełnienia pragnień. Rezultatem był stały konflikt duchowy, który, jak sądzę, pchnął Flauberta ku myśli, aby się pozbyć narządów rozrodczych i tym sposobem uniknąć napięcia intrapsychicznego. Zamiaru tego nie wykonał, ostrze afektu złączonego z niemi nieznośnemi wyobrażeniami, uległo stępieniu przez konwersję w objawy ruchowe, w drgawki. Seksualną etjologję ataków chorobowych Flauberta poza zbieżnością ich wystąpienia z okresem zupełnej wstrzemięźliwości płciowej popiera pewien znamienny fakt. Podczas podróży na wschód, którą Flaubert odbywa w 28 roku życia drgawki nie wystąpiły ani razu. Położyliśmy już nacisk na seksualne wyżywanie się Flauberta w fantazji. Podczas pobytu na wschodzie wyobraźnia Flauberta znalazła nowy pokarm. Wielbiciel Heliogabala znalazł się w kraju sułtanów i haremów, gdzie niewolnictwo było nietylko wspomnieniem, ale realną rzeczywistością. Fantazja wzbogacona o nowe przeżycia, w tem otoczeniu, mogła naturze tak sugestywnej jak Flaubert, wyczarować spełnienie życzeń. Drgawki zniknęły, po powrocie zaś do Francji powróciły w starem nasileniu. Był jeszcze drugi okres w którym Flaubert był wolny od

napadów drgawek. Między 52 a 59 rokiem życia, w okresie najbardziej wysilonej pracy twórczej ustępują ataki, (*Binet-Sangle*).

Moment ten wyzyskują psychoanalitycy dla wykazania ścisłego związku między popędem seksualnym a czynnością twórczą, która wedle nich polega na skierowanju energji związanej z seksualnością na inne tory (Sublimierung). W świetle teorji psychoanalitycznej popęd seksualny został najzupełniej „przesublimowany" w działalność twórczą, największą w tym okresie. Tem samem odpadła potrzeba konwersji w objawy ruchowe. Ocena tego stanowiska wykracza poza ramy niniejszej pracy, zaznaczyć jednak musimy, że znaczenia seksualnego czynnika w twórczości Flauberta nie można niedoceniać. Przyznaje to nawet badacz tak krytyczny jak *Birnbaum* w zdaniu: „die Ableitung des Künstlertums vom seksuellen her erscheint gerade bei Flaubert noch am ehesten verständlich" (Psychopatologische Dokumente).

W rezultacie naszych rozważań dochodzimy do wniosku, że Flaubert cierpiał na ataki histeryczne. Świadczy o tem sam rodzaj ataków, w czasie których Flaubert nie tracił przytomności, struktura psychiczna odpowiadająca konstytucji histerycznej (*Jaspers*, *Bumke*), przebieg schorzenia i jego ścisły związek z życiem seksualnem.

IV. *Dostojewski.*

Dostojewski jest jednym z nielicznych, pewnych epileptyków. Świadczą o tem słowa samego Dostojewskiego, świadectwa współczesnych i sam rodzaj i charakter twórczości, zespolonej w nierozerwalny węzeł z przeżyciami patologicznemi autora. Cały szereg z realizmem i bezpośredniością odmalowanych stanów psychicznych właściwych epileptykom, nie może zawdzięczać swego pochodzenia samej tylko intuicji, która siłą rzeczy ma swe granice, ale nosi piętno wstrząsającej prawdy, oddzielającej je od wytworów czystej fantazji. Epileptyk Dostojewski z swem zagadkowem życiem psychicznem przeziera ku nam z kart swych dzieł.

Dostojewski uważał swą chorobę za następstwo ciężkich przeżyć, doznanych w katordze. Z świadectw przyjaciół wynika jednak, że choroba ta sięgała początkami do wczesnego dzieciństwa. Pierwszy bjograf Dostojewskiego, *Orest Miller* wspomina nawet o krążącej wersji, stawiającej chorobę Dostojewskiego w związek przyczynowy z jakiemś wstrząsającem zdarzeniem, które zaszło w domu rodzinnym Dostojewskiego. Smutnym bohaterem tego zajścia, o którem

Miller tylko napomyka, był rzekomo ojciec Dostojewskiego, człowiek drażliwy, prawdziwy kat poddanych mu włościan, którzy go zamordowali z zemsty za doznawane okrucieństwa.

Na obraz epilepsji Dostojewskiego składają się drgawki i pewne znamienne cechy charakterologiczne.

Ataki drgawek występowały zwykle raz na miesiąc (*Strachow*), bywały jednak okresy, w których częstość ataków się nasilała. Choroba zaciężyła na całem życiu Dostojdwskiego, utrzymywała go w ciągłym lęku, że „straci pamięć, wyobrażnię, fizyczne i duchowe siły" i zakończy życie wśród „rozstroju ogólnego lub obłędu". (Przyt. za *Mereżkowskim* z listu Dostojewskiego do cara Aleksandra II).

Przed *Majkowem* skarży się Dostojewski, że choroba niszczy jego zdolności do pracy „ataki zabierają mi ostatnie moje siły, po każdym ataku przez cztery dni nie potrafię skupić myśli". Choroba jednak nie zniszczyła tego genjalnego intelektu, wyjątkowo nie doprowadziła do otępienia, ale wyryła wyraźne ślady na osobowości Dostojewskiego. *Sołowjew* podreśla wybitną drażliwość Dostojewskiego, która czyniła niemożliwością obcowanie z nim po atakach. „Stawał się wtedy nieznośny, jego system nerwowy ulegał wstrząsom, które go czyniły niepoczytalnie drażliwym Chodził nachmurzony, ponury. Zapominał się kłaniać znajomym i szukał wprost sposobności do zwady. We wszystkiem widział celowe działanie, zmierzające do obrażenia jego uczuć. Po godzinie bywał już w najlepszym humorze, tylko trupio blada twarz, błyszczące oczy i ciężki oddech wskazywały na jego stan chorobowy". (*Birnbaum* — Psychopatologische Dokumente).

Cechowała Dostojewskiego znaczna przetrwałość afektu i mściwość. Po całych latach w sposób pełen nienawiści i jadowitej pogardy, wyraża się o Petraszewskim, Bielińskim, Herzenie i innych ludziach, którzy oddziaływali na jego młodość. Całe stronice Biesów zajęte są gorzką rozprawą z dawnymi przyjaciółmi, którym nie może darować ich wolnomyślnego stanowiska, zwłaszcza lekkomyślnego traktowania kwestji religijnych. Dostojewski popada w paroksyzm gwałtownego gniewu na samo wspomnienie Bielińskiego, któremu przecież zawdzięczał swe pierwsze powodzenia literackie. W liście do Strachowa, pisanym w roku 1871 nazwał go „najsmrodliwszem, tępem i haniebnem zjawiskiem życia rosyjskiego". Nawet odległość 30 lat nie potrafiła skruszyć nieprzejednanego stanowiska, jeszcze i wtedy przypisuje Bielińskiemu „drobną ambicię, egoizm, złość, nietolerancję i podłość".

Córka Dostojewskiego Aimée w wspomnieniach o ojcu, podkreś-

la jego wybitną pedanterję, która się przejawiała we wszystkich drobnych szczegółach życia codziennego. Ubranie zawsze sam czyścił, dbając o to, aby na nim nie pozostał najmniejszy pyłek. Pisał w sposób kaligraficzny. Na uwagę zasługuje ciężki, rozwlekły styl Dostojewskiego. Właściwe opowiadanie zawsze przeładowane mnóstwem ubocznych szczegółów i epizodzików, luźno tylko związanych z treścią. Pełno wszędzie dopowiedzeń w nawiasach, tak że *Jerzy Brandes*, który rozpatruje twórczość Dostojewskiego z zupełnie odmiennego punktu widzenia, nazywa go wielkim pisarzem, ale drugorzędym artystą, ponieważ „nie potrafił dzieł swych podnieść do najwyższego stopnia artystycznej doskonałości przez umiejętne skrócenia".

Przekonania religijne Dosjojewskięgo nazywa *Brandes* bezwzględnemi i doktrynerskiemi. Dziwi się, że charaktery stworzone przez Dostojewskiego, są daleko głębsze od ich twórcy, który nie był zdolny zrozumieć całej głębi swego własnego dzieła. Tego rodzaju wiara cechuje wprawdzie innych epileptyków, ale nie Dostojewskiego. — Sąd Brandesa opiera się na pozorach. Dostojewski zbyt głośno, w sposób przesadnie jaskrawy, wprost krzyczy swoje „wierzę w Boga", tak jakby usiłował stłumić własne i czytelnika wątpliwości w tę tak usilnie na pokaz obnoszoną wiarę. W postaci przez się stworzone podświadomie wciela ścierające się własne tendencje i poglądy. Epileptycy z jego powieści są wyrazicielami całej burzy sprzecznych ze sobą myśli i uczuć Dostojewskiego.

Wyidealizowany autoportret Dostojewskiego, książe Myszkin głosi, że „istota uczuć religijnych nie poddaje się żadnym rozumowaniom, żadnym wykroczeniom..., mamy tu coś takiego, koło czego wiecznie ześlizgiwać się będą wszelkie ateizmy". W sposób bezwzględny i fanatyczny przyznaje prawosławiu monopol na chrześcijaństwo. Przeciwstawia rosyjskiego Chrystusa zachodniemu katolicyzmowi, w którym widzi naukę Antychrysta, — "kłamstwo, matactwo, fałsze, fanatyzm, zabobony, łotrostwo..., fałszywą, podstępną grę na najświętszych, płomiennych uczuciach ludu..., przefrymarczonych za pieniądze, za podłą świecką władzę". „(Idjota)".

W Biesach mamy jednak drugiego epileptyka Kiryłowa, zatwardziałego ateistę, uważającego Boga za wymysł ludzki, który ułatwia tylko znoszenie znojnego życia ziemskiego i łagodzi wiakuisty lęk przed śmiercią.

Wierzący Alosza Karamazow ma przeciwwagę w sceptycznym Iwanie. Dawny rewolucjonista Szatow, który podobnie jak sam Dostojewski z rewolucjonisty przedzieżgnął się w fanatycznego pra-

wowiercę, w rozmowie z Stawroginem przyznaje, że — „wierzy w Rosję, wierzy w prawosławie rosyjskie, wierzy w ciało i krew Chrystusa, wierzy w przyszłe zstąpienie Boga na ziemię, które odbędzie się w Rosji, ale w Boga dopiero *będzie* wierzył".

Religja Dostojewskiego to dziwny stop fanatycznej wiary i niedowiarstwa, mistyczny kwiat wyrosły na glebie wzajemnego na się oddziaływania ekstatycznych przeżyć, złączonych z objawieniami religijnemi doznawanemi tuż przed napadami padaczkowemi i argumentów, które niezłamany przez chorobę intelekt czerpał z arsenału filozofji materjalistycznej.

Stany ekstazy przeddrgawkowej Dostojewski opisuje Sonji Kowalewskiej, jako najwyższą błogość: — „Wchłaniałem w siebie boskość, która mnię w zupełności przenikała... a potem traciłem przytomność. O! Wy zdrowi nie możecie sobie wyobrazić tego szczęścia, które nam epileptykom przypada w udziale tuż przed napadem... Czy ta błogość trwa sekundę, godzinę, czy miesiące nie mógłbym powiedzieć, ale wierzaj mi Pani, że nie zamieniłbym jej na żadne szczęście, które życie może dostarczyć„. (Przyt. z pamiętników Sonji Kowalewskiej za *Birnbaumem* — Psychopathologische Dokumente).

Taką samą aurę psychiczną przeżywa jego autoportret Książe Myszkin: „W stanie epileptycznym była chwila prawie przed samym atakiem, kiedy nagle wśród smutku, ciemności duchowych, przygnębienia chwilami jakby rozpłomieniał się mózg z niezwykłą mocą wytężały się jednocześnie wszystki› siły życiowe. Odczuwanie życia, samopoczucie, wzrastało dziesięciokroć w takich chwilach krótkich jak błyskawica. Rozum, serce rozpala się niezwykle. Wszystkie wzruszenia, wszystkie wątpliwości, wszystkie niepokoje jakby się uspokajały, przechodziły w jakiś wyższy nastrój, pełen jasnej harmonijnej radości i nadziei, pełen rozumu i doskonale uzasadniony. Lecz te chwile, te przebłyski były jeszcze tylko zapowiedzią tej ostatniej sekundy, w której rozpoczynał się sam atak.... Ta chwila odczuwania... jest w najwyższym stopniu harmonią, pięknem, daje niesłychane i niewysłowione dotychczas uczucie piękności, miary, pojednania i lękliwego, modlitewnego zlania się z najwyższą syntezą życia". („Idjota").

Taki błogostan występujący w aurze psychicznej jest znany i opisany w literaturze. *Binswanger* w swej monografji o epilepsji opisuje między zaburzeniami afektu, występującemi przed napadem drgawek „nagle pojawiające się uczucie radości, błogostanu, lekkości i wzmożonego samopoczucia".

Napady drgawek poprzedzone aurą psychiczną, ekstatyczne zabarwienie przeżyć w tej aurze, drażliwość nasilająca się po napadach, przetrwałość afektu, pedanterja, rozwlekły styl, pozwalają na rozpoznanie padaczki. Jako zjawisko wyjątkowe uderza nas brak otępienia.

Rozpoznając padaczkę nie wyczerpujemy temsamem szeregu właściwości psychicznych, cechujących Dostojewskiego, który był naturą nawskroś psychopatyczną. Poza epilepsją znajdujemy u niego objawy histeroneurotyczne i zboczone życie seksualne. Z opowiadania brata genjalnego pisarza, wiemy, że Dostojewski już jako dziecko cierpiał na stany lękowe, które go nie opuściły i w wieku młodzieńczym. W dzieciństwie prześladowała go obawa przed wilkami. Jako młodzieniec lękał się, aby go nie pochowano żywcem w śnie letargicznym. Dochodziło do tego, że Dostojewski przed snem zostawiał na stoliku nocnym kartkę z ostrzeżeniem: „Dzisiaj popadnę w sen letargiczny, nie należy mnie pochować przed upływem pięciu dni". Otoczeniu dawał się we znaki ciągłemi skargami hypochondrycznemi", pisze Dostojewski do sędziego śledczego. (*Jolan Neufeld* — Dostojewski, Skizze zu seiner Psychoanalise)". W szesnastym roku życia popadł w bezgłos histeryczny.

Życie seksualne Dostojewskiego oscylowało między dwoma biegunami, sadyzmem i masochizmem. W jednym z listów do brata spowiada się z rozwiązłego życia, które mu niszczy nerwy. Spowiedź bohatera „Zapisków suteryn", która wyraża istotę własnych namiętności Dostojewskiego, jest okrutnem samobiczowaniem, wyrzutem skierowanym ku własnej osobie — „czasami zanurzałem się w ciemną podziemną, brzydką maleńką rozpustę. Namiętności moje były ostre, palące wskutek wiecznego stanu chorobliwego rozdrażnienia".

Już *Brandesa* uderzyło, że Dostojewski zatrzymuje z upodobaniem nad przeciwnaturalnemi żądzami, opisuje „cierpienia fizyczne i rozwodzi się nad obrazem okrucieństw". *Turgenjew* zestawia Dostojewskiego wprost z markizem de Sade. *Mereżkowskiemu* nasuwają się wątpliwości, „czy mógł się on o tem dowiedzieć jedynie na podstawie obserwacji nad ludźmi". Żaden z jego bohaterów nie prowadzi normalnego życia płciowego. Książę Myszkin jest zupełnie aseksualny, kochał „litością a nie miłością". Alosza Karamazow jest jest zdolny tylko do najwyższej, uduchowionaj miłości, graniczącej z religijnym zachwytem. Świdrygajłow, to gwałciciel młodych dziewcząt, stary Fjodor Karamazow nie zatrzymuje swoich pożądań nawet przed cuchnącą idjotką włóczącą się po ulicach miasta. Inni bohaterowie kochają i nienawidzą równocześnie, albo łączą miłość

z najwyższą pokorą. W sposób uderzający szeroko i bez słowa protestu, opisuje Dostojewski w „Wspomnieniach z martwego domu", sceny egzekucji na więźniach, gdzie pałki i uderzenia knutem spadają na krwią ociekające grzbiety więźniów. W rękopisach istnieje niedrukowany rozdział Biesów, w którym Stawrogin spowiada się z zgwałcenia młodej dziewczyny. Jest to wedle *Mereżkowskiego* jedna z najpotężniejszych kreacji Dostojewskiego, w „której odczuwamy dźwięk szczerości tak okropnej, że zaczyna rozumieć niedecydujących się drukować tego nawet po śmierci Dostojewskiego; w tem jest istotnie coś, co przekracza granice sztuki, jest to nazbyt żywe". (*Mereżkowski*: „Tołstoj i Dostojewski, jako ludzie").

W powieściach Dostojewskiego roi się od zwrotów, jak rozkosz okrucieństwa i rozkosz cierpienia. Turcy na Bałkanie rzucali dzieci w powietrze i chwytali na piki w oczach matek bo, „cała rozkosz okrucieństwa w tem, że okrucieństwa na dzieciach dzieją się w obecności matek". (Bracia Karamazow). Raskolnikow klęka nie przed Sonją, ale przed jej cierpieniem (Zbrodnia i Kara). Mikołaj przyznaje się do niepopełnionego morderstwa, aby „wziąć na siebie cierpienie" (Zbrodnia i Kara). Porfiry powiada do Raskolnikowa, że „cierpienie to także dobra rzecz, niech Pan pocierpi, może Mikołuj ma rację, kiedy chce pocierpieć". (Zbrodnia i kara). Szatow zarzuca Stawroginowi, że ożenił się z umysłowo chorą siostrą Lebiadkina „przez popęd do samoudręczania się, przez popęd do wyrzutów sumienia, przez lubieżność moralną". (Biesy).

Udział Dostojewskiego w socjalistycznym spisku uknutym przez Petraszewskiego zasługuje na dokładniejsze rozpatrzenie. Szczere przekonania socjalistyczne są czemś sprzecznem z całą strukturą psychiczną epileptyków. Cechuje ich przesadne wprost przywiązanie do własności, będące wypływem ich ogocentrycznego nastawienia wobec zewnętrznego świata. Mają oni popęd do posiadania czegoś swego własnego, niepodzielnego. Bardziej otępiali gromadzą „swoje własne" rupiecie, strzępki starych szmat, gazety, próżne pudełka od zapałek, wszystko to poukładane w niezmiennym porządku i powiązane sznurkami. Mniej otępiali łóżko i kąt w którem ono stoi, uważają na swój nienaruszalny stan posiadania. Bronią się przed kollektywnemi przedmiotami użytkowemi.

Dostojewski w późniejszem życiu był rzeczywiście zagorzałym przeciwnikiem socjalizmu. Trudno przyjąć przypuszczenie, że katorga tchnęła w niego prawowiernego ducha. Nasuwa się raczej zdanie, że udział Dostojewskiego w buncie Petraszewskiego podyktowany był względami natury zupełnie odmiennej. Ku spiskowi pchnąć go

mogła chęć „wzięcia na siebie cierpienia". Szukał winy, aby się później poddać karze przeznaczonej mu przez władze. Udział Dostojewskiego w spisku mógł być podyktowany tym samym celem, jakim przyświecał jednemu z aresztantów, który — „ni z tego ni z owego złapał cegłę i rzucił nią w naczelnika bez żadnego powodu. I tak rzucił, umyślnie rzucił o arszyn od niego, aby czasem nie trafić. Wiadoma rzecz, co czeka aresztanta, który się rzuca na przełożonych, zatem: wziął na siebie cierpienie". (Zbrodnia i kara). Rozpatrując winę Dostojewskiego skłaniamy się do przypuszczenia, że tkwiła ona w masochistycznem pożądaniu kary.

Siła i rozmiar przenikliwości psychologicznej Dostojewskiego osiąga swój kulminacyjny punkt, gdy zatrzymuje się on na wąskiej przełęczy, oddzielającej normalną duszę od jej chorobliwych stanów. Nikt przed nim, nie przeniknął w sposób tak genjalny, skrajnych biegunów duchowych przeżyć od ekstazy najwyższej do zbrodniczych drgnień, czających się w przepastnych głębinach duszy ludzkiej. Bohaterowie jego utworów zatrzymują się tuż nad brzegiem psychozy a niektórzy tę granicę przekraczają. Analizy psychologiczne tchną wybitnym realizmem, bije od nich ton prawdy, który narzuca nam twierdzenie, że wszystko to jest wyrazem walk i wątpliwości, echem myśli i uczuć samego autora.

Epileptyk Dostojewski w swych własnych patologicznych przeżyciach i żądzach zdobył jednostkę miary, którą odtąd przykładał do wszystkich przejawów życia ludzkiego. Jego siła tkwi w genjalnej introspekcji. Objawienia „umiłowanego przez Boga obłąkańca Myszkina i jasnowidzenia cherubina Aloszy są odbiciem własnych przeżyć Dostojewskiego w aurze psychicznej, poprzedzającej atak drgawek. Psychologja zbrodniarza nie mogła być obcą Dostojewskiemu, który skarżył się przed przyjaciółmi, że — „rozpacz następująca po atakach jest tego mianowicie rodzaju: zdaje mi się jakobym był wielkim zbrodniarzem, ogarnia mnie przeczucie jakiejś nieznanej winy". Z własnego przeżycia zdobyte doświadczenie wkłada w usta prokuratora w „Biesach", który wypowiada zdania, że epileptycy są skłonni do chorobliwego samoskarżania się i nękają się bezpodstawnemi wyrzutami sumienia z powodu niepopełnionych zbrodni.

Piętno bezwzględnej prawdy nosi też opis stanu psychicznego księcia Myszkina na kilka godzin przed napadem, gdy ostatnie przeżycia skłębione i posplatane z ciągle nowo się zapalającemi i gasnącemi myślami przebiegają z błyskawiczną szybkością przez pole widzenia świadomości: „Myszkin przywiązywał się wspomnieniem

i rozumem do każdego zewnętrznego przedmiotu... chciał koniecznie zapomnieć o czemś rzeczywistem, poprzedniem, ale przy pierwszem spojrzeniu rzuconem dookoła, poznawał znów swoją ponurą myśl. Przypomniał sobie, że dopiero co rozmawiał podczas obiadu z kelnerem o pewnem morderstwie... Lecz zaledwie sobie to przypomniał, gdy znów zaszło w nim coś dziwnego... Nowa niespodziewana myśl przyszła mu nagle do głowy... Dalsze rozmyślania nad nową myślą stały się dla niego wstrętnemi i niemożliwemi... Teraz przychodzi mu nagle na pamięć, tak jak muzykalny motyw natrętny, od którego się oderwać nie możnn, siostrzenica Lebedjewa"..., (Zbrodnia i kara).

Ten korowód zmiennych myśli zakończył się atakiem epileptycznym. W opisie tym kończy się artyzm, przemawia tu życie Dostojewskiego.

Choroba wzbogaciła Dostojewskiego o niedostępne innym przeżycia, z których przez introspekcją i wnikliwą analizę siłą niezłamanego przez chorobę genjusza, wykrzesał potężny płomień swej twórczości, równocześnie jednak zacieśniła jego widnokrąg. Nie pozwoliła mu zgłębić psychiki ludzkiej w wszystkich jej przejawach i odcieniach, nakryła ciemnym płaszczem radosne i wzniosłe strony życia ludzkiego, zamknęła mu drogę do zrozumienia psychologji „ludzi środka". Dla odczucia zjawisk szarego codziennego życia ludzkiego zabrakło Dostojewskiemu resonatora we własnych przeżyciach duchowych, z fali życiowej miał tylko zrozumienie dla doliny, grzbiet pozostał dla niego zagadką.

V. *Tołstoj.*

Lombroso, rozciągając granice epilepsji i stanów epileptoidalnych w nieskończoność, zaliczył do rzędu genjalnych epileptyków, między innymi także i Tołstoja, a to głównie na podstawie ataku drgawek, w które Tołstoj popadł jako dziecko, po nocy spędzonej za karę samotnie w ciemnym pokoju. Po tej nocy Tołstoj zobaczywszy rano ojca, zarzucił go powodzią skarg na nauczyciela i wśród krzyku padł na ziemię, miotany drgawkami. Wartość drgawek jako objawu epileptycznego obniżają okoliczności, wśród których one wystąpiły. Już samo „słuchanie niesamowitych historji wywołuje u psychopatycznych dzieci poty, drżenia, ataki spazmatycznego płaczu i t. p. (*Gruhle*: Psychologie des Abnormen). Tem silniejsze działanie musiała wywrzeć noc spędzona samotnie w ciemnym pokoju na dziecko rosyjskie, które w izbie czeladnej zasłyszało niejedną opo-

wieść o czarach, złych duchach i biesach harcujących w ciemności. Pozatem nasuwają się wątpliwości, czy owa reakcja motoryczna zasługiwała wogóle na miano drgawek.

Doświadczenie uczy, że nazwa ta bywa nadużywana. Istota tych rzekomych drgawek polega często na tem, że niesforne dziecko rzuca się na ziemię, miota i ciska kończynami i całem ciałem i wreszcie z powodu zmęczenia zasypia. Musimy też podkreślić fakt, że drgawki występują u dziecka nietylko na podłożu epileptycznem. Rozgrywają się one głównie w sferze motorycznej i przybierając charakter ekscesywny, nasileniem swem mogą osiągnąć nawet stopień drgawek. Ruchowy wyraz afektu nie oddzielił się jeszcze u dziecka od ruchowego wyrazu woli, przez co reakcje są bardziej nieokiełznane i rozpętane. (*Kretschmer* — Medizinische Psychologie: „Affektausdrunksformen und Willensausdruckformen sind noch nicht in eins vereinigt".

Drgawkom więc, które wystąpiły w wieku dziecięcym, nie możemy przyznać znaczenia rozstrzygającego. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy Tołstoj cierpiał na epilepsję, musimy skierować naszą uwagę na dalszy przebieg jego życia, znany z rozlicznych wspomnień, drukowanych przez jego przyjaciół i blizkich.

Po znanym z „Spowiedzi" przewrocie, łamiącym jego życie na dwie pozornie odmienne epoki, wystąpiły u Tołstoja w podeszłym już wieku, bo około 50 roku życia ataki drgawek. Za *Segalinem* przytoczymy z pamiętników *Bułgakowa* w streszczeniu opis jednego z tych napadów: Twarz Tołstoja była wykrzywiona. Był zmęczony, bredził i prosił otoczenie, aby zapisano słowa, które wypowiada. Podano mu papier, Tołstoj nakrył go chustką i począł po niej wodzić ręką. Później wystąpiły drgawki, które wstrząsały całem jego ciałem. Wyrzucał nogi w powietrze z nadzwyczajną siłą. Raz całem ciałem przerzucił się w poprzek łóżka. Ataków było pięć. Dopiero po piątym ataku Tołstoj się uspokoił, bredził jednak nadal. Wieczorem ocknął się z tego snu. Atak ten nie był odosobniony. *Segalin* w listach i wspomnieniach córki Tołstoja, Birjukowa, Bułgakowa, Czortkowej i innych kilkakrotnie natrafił na wzmiankę o tych atakach, mimo to jednak odnosi się krytycznie do rozpoznania „epilepsia genuina". Wskazuje na podeszły wiek, w którym te ataki wystąpiły i na stały ich związek z wstrząsami psychicznemi, któremi były poprzedzone. Uwzględnia za *Nazimową* psychopatyczne obciążenie dziedziczne Tołstoja. Przesuwa przed nami wszystkich członków rodziny Tołstoja, zamkniętych w sobie ekscentryków, dziwaków, awanturników, mistyków, natury dobroduszne, senzytywne lub brutalne i egoistyczne.

Dziadek utracjusz, w którego domu odbywały się wieczne libacje, babka niezrównoważona, maltretująca służbę, obcująca w halucynacji z umarłymi. Brat Dymitr zasklepiony w sobie mistyk, którego ekscentryczne zachowanie było przedmiotem ogólnych drwin. Szeroko opowiadano o tem, że składał wizyty wdziewając palto na nagie ciało. Wreszcie *Segalin* uwypukla głębię duchową Tołstoja, brak otępienia i jakichkolwiek cech, znamionujących t. zw. charakter padaczkowy. W dalszym ciągu wskazuje na psychopatyczne rysy osobowości Tołstoja, na jego emotywność, wzmożone oddziaływanie na zdarzenia i przeżycia natury codziennej, częste przejścia od stanów złości do nienaturalnej płaczliwości, niepohamowanie w smutkach i radościach, patologiczne stany lęku przed śmiercią i dochodzi do wniosku, że Tołstoj cierpiał na ataki padaczki wzruszeniowej.

Do argumentów przytoczonych przez *Segalina* trudno coś dodać, przemawiają one istotnie przeciw padaczce samoistnej. W ostatecznym wniosku *Segalina* mieści się jednak słaby punkt. Psychopaci u których *Bratz* opisał napady drgawek nieepileptycznych (*Psychopathen welche an Anfällen typisch—epileptischen Charakters leiden und doch keine Epileptiker sind"*), to wychowankowie domów poprawczych, osobnicy o przytępionych uczuciach etycznych, włóczędzy spędzający swe życie między więzieniem a zakładem psychjatrycznym. Do grupy tej trudno zaliczyć Tołstoja.

Rzut oka na sam atak daje nam pewne wskazówki. Bredzący Tołstoj prosi otoczenie, aby notowano jego słowa. Drgawki miotające nim są tak silne, że przerzucają jego ciało w poprzek łóżka, nogi wyrzuca z nadzwyczajną siłą. W chwili gdy przyjaciele i cała jego rodzina jest zgromadzona dookoła łóżka, ataki powtarzają się aż pięć razy, podczas gdy zwyczajnie kończyło się na mniejszej ilości. Nasilanie się ilości ataków przy licznych świadkach, nadmierne ruchy (Grossbewegungen *Oppenheima*), pewna teatralność ujawniająca się w żądaniu, aby notowano jego słowa, wypowiedziane w ataku, przemawiają za histerycznem pochodzeniem.

Liczne konflikty z otoczeniem, wynikłe z tendencji Tołstoja zmierzających do rozdarowania majątku, mogły go pchnąć do ucieczki w chorobę. Nasuwa się przypuszczenie, że Tołstoj krył sią za szańcami choroby, aby tą drogą wymusić ustępstwa dla siebie i dla swego programu.

Prócz walk z otoczeniem rozgrywał się w duszy Tołstoja i konflikt wewnętrzny, walka między ścierającemi się z sobą tendencjami, która osiągnęła swój punkt kulminacyjny, w chwili

znanego z życia Tołstoja przewrotu, opisanego przez niego w Spowiedzi:

„Zaszło we mnie — pisze Tołstoj — coś bardzo dziwnego... Wyłaniały się pauzy życia w formie tych samych pytań: poco? więc co dalej? — czułem, że przystąpiłem do otchłani i pojąłem wyraźnie, że przedemną nic jeno zguba... I oto ja człowiek szczęśliwy, chowałem przed sobą sznur z bojaźni powieszenia się na poprzeczce między szafami... Przestałem wychodzić na polowanie, aby nie uledz pokusie zbyt łatwego pozbycia się życia". Ostatecznie Tołstoj doszedł do wniosku, że jedynie zejście w lud, zbratanie się z ludźmi prostymi, odrzucenie majątku i praw nabytych przez urodzenie, może mu uczynić dalsze życie znośnem, stał się, jak się wyraża szwagier Tołstoja *Bers* „wcieleniem idei miłości bliźniego".

Pozornie z przełomem kończy się konflikt wewnętrzny. *Mereżkowski* w swej wnikliwej analizie (*Mereżkowski*: Tołstoj i Dostojewski jako ludzie) nie zadowolił się gładką powierzchnią słów, ale wszedł w głębię psychiki Tołstoja. Zadanie miał ułatwione, wszak przez oblicza wszystkich bohaterów jego powieści prześwieca i migocze twarz samego Tołstoja. Irtenjew i Niechludow, Podnyszew i Olenin, Kozak Jeroszka a głównie ojciec Sergjusz przeżywają walki duchowe ich twórcy Lwa Tołstoja, którego przewodnią nutą życiową jest bezwzględne umiłowanie siebie i walka z tym egoizmem, walka która wcale nie przycichła po przełomie. Dla Mereżkowskiego przełom jest wyrazem wyrozumowanej pracy świadomości, która stłumiła „żywot duszy pogańskiej" kochającej tylko siebie. *Ossipow* w swej pracy o Tołstoju doszedł do tych samych wyników, wypowiedział je tylko w języku psychiatrycznym. Żywioł duszy pogańskiej nazwał „narcyzmem charakterologicznym" i uwypuklił do końca życia trwający konflikt między Tołstojem narcystą a jego „ja idealnem", wewnętrzne napięcie spowodowane „zwątpieniem w wiarę i ciągłemi wskutek tego mękami, zbyt wysokie ideały, ciężką walkę z sobą samym, swymi najbliższymi i całym światem, łaknieniem prawdy i sceptycyzmem".

Życie Tołstoja było więc szarpane, wiecznem napięciem intrapsychicznem. Do walki z sobą samym, dołączył się po przełomie konflikt z otoczeniem i nałożył na jego barki ciężar wprost nie do udźwignięcia, który psychopatę Tołstoja musiał pchnąć do ucieczki w chorobę i do szukania choćby czasowego wytchnienia poza szańcami zbudowanemi z objawów histerycznych.

VI. *Mahomet i Apostoł Paweł.*

Od zamierzchłych wprost czasów utrzymują historycy, że Mahomet, twórca religji, wyznawanej przez trzysta miljonów ludzi, cierpiał na epilepsję. W drugiej połowie XIX wieku zdanie to przeniknęło do prac i podręczników psychjatrycznych i bywa niejednokrotnie przytaczane na dowód, że wzmożona działalność twórcza o wysokich walorach ogólnoludzkich i epilepsja wcale się nie wykluczają.

Roztrząsanie kwestji, czy Mahomet istotnie cierpiał na ataki epileptyczne, natrafia na znaczne trudności. Wszelkie w tym kierunku idące twierdzenia lub zaprzeczenia, siłą rzeczy opierać się muszą na bjografjash pisanych przez arabskich autorów, fanatycznych wyznawców Islamu, którzy osobę swego Proroka postawili na bardzo wysokim piedestale. Życie i działalność Mahometa oplecione jest całą siecią legend, z których musi się wyłuszczyć skromną wiązankę faktów, rzucających światło na osobę i chorobę Mahometa.

Życie Mahometa dzieli się na dwie ery. W pierwszym okresie życia do lat 40, Mahomet pędzi żywot zwykłego śmiertelnika. Zajmuje się kupiectwem, robi dalekie podróże karawanami, poznaje zwyczaje i wierzenia sąsiednich ludów.

Pierwszy biograf Mahometa, *Ibn Hiszam* opisuje go jako człowieka fanatycznie miłującego prawdę, obyczajnego, wyrozumiałego, i pełnego litości dla biednych. Zalety te zdobywają mu miano „El Amin", t. j. człowieka, na którym można polegać. Mimo młodego jeszcze wieku otoczony jest tak ogólną czcią, że cztery szczepy Korajszytów wybierają go na sędziego rozjemczego w sporze, któremu z nich przypaść ma w udziale zaszczyt ustawienia czarnego kamienia w Kaabie. Inni bjografowie nie pozostają w tyle za *Ibn Hiszamem*, zgodnie intonują jeden wielki hymn pochwalny dla zalet charakteru i piękności cielesnych Mahometa. Etykę Mahometa charakteryzuje jednak dosadnie fakt, że założył on w tym okresie związek zbrojny dla ochrony mienia i życia ludzi obcych nękanych i rabowanych przez tubylców.

Z czterdziestym rokiem życia zaczyna się drugi, ważniejszy dla nas okres w życiu Mahometa. Występują wtedy objawy patologiczne. W czasie, gdy Mahomet spędził w górach Hiram cały miesiąc na życiu ascetycznem i kontemplacjach religijnych, wśród omamów i drgawek, pojawiają się objawienia religijne.

Z tej epoki tradycja ustna i pisana przekazała nam opowiada-

nie Mahometa o okolicznościach, wśród których poznał swoje posłannictwo. W śnie zjawił się przed Mahometem Anioł Gabrjel zwiastując mu, że Bóg go uczynił głosicielem wiary na ziemi. Późniejszych objawień doznaje we śnie lub Anioł Gabrjel staje przed nim na jawie i wpaja w niego słowa Boga językiem ludzkiem lub za pośrednictwem dźwięków dzwona. Niekiedy doznawał objawień wśród ataków połączonych z utratą przytomności, które *Ibn Iszak* opisuje „jako omdlenia po gwałtomnem drżeniu wśród których oczy jego się zamykały i piana toczyła się z ust". Bezpośrednio po tych atakach wstawał, ocierał pot z czoła i głosił otoczeniu treść objawienia — „siedział wśród nas, gdy nagle Bóg mglą zasnuwał jego zmysły. Okrywano go szatą i podsuwano poduszkę skórzaną pod głowę. Szybko wracał do zwykłego stanu, ocierał pot lejący się z czoła i głosił..... następuje treść objawienia". Podobnie podaje i *Buchari*—„skoro tylko atak minął wstawał z uśmiechem i głosił...". *(Dr. Moharrem Bej:* „War Mohamed Epileptiker?").

Legendy i spisane tradycje przekazują nam fakt, że w życiu Mahometa występowały zjawiska patologiczne pod postacią halucynacji wzrokowych i słuchowych i stanów drgawkowych.

Omamy wystąpiły u Mahometa w czasie gdy wiedzie zycie odosobnione na górze Hiram. Historje wszystkich religji uczą, że halucynacje są czemś powszedniem u wszystkich proroków i świętych. *Witwicki* w swym podręczniku psychologji podnosi, że bogate, wewnętrzne życie religijne, podsycane ascezą, kontemplacją, skupieniem myśli i uczuć na Bogu, jest często tłem przeżyć gwałtownie zaakcentowanych uczuciowo, zachwyceń, czyli ekstaz. W stanach tych występuje zacieśnienie pola świadomości na obcowaniu z Bogiem, lub inną nadprzyrodzoną postacią. To obcowanie może się ograniczyć do żywego rozkosznego poczucia bliskiej obecności Boga, lub jakiegoś świętego bez wyobrażeń zmysłowych, może jednak przybrać postać rozkosznych halucynacji.

Świadome i podświadome oczekiwania i życzenia, skojarzone z silnym akcentem uczuciowym, przyoblekają się w szaty realne. Zostają spełnione w omamach, urojeniach i innych zjawiskach patologicznych rozwijających się na tle „podświadomego strumienia psychicznego, przeobrażającego się w samodzielne świadczenia psychiczne i motoryczne" (*Birnbaum*). Zwyczajny mechanizm wyrazowy staje się niewystarczający, jego miejsce zajmuje ekspresja histeryczna, której najbardziej bijące w oczy przejawy występują w sferze cielesnej, wykazując dowodnie olbrzymi wpływ czynników psychicznych, opatrzonych dużym znakiem uczuciowym, na sferę cielesną.

Już w warunkach codziennych mimika i pantomimika wskazuje nam na ścisłe związki psychofizyczne. Na tle psychopatji i histerji przychodzi do zaburzenia w tem oddziaływaniu, występuje „nadmierna chwiejność mechanizmu wyrazowego" (*Gruhle*). Przy wstrząsach psychicznych nazbyt silnie wydatkowana energja uczuciowa, promieniuje ku sferze motorycznej, przychodzi do nadmiaru ruchów albo wprost do drgawek.

Egzaltacja religijna była zawsze bujną glebą, z której wyrastała cała skala ruchowycb objawów histerycznych. Historja średniowiecza dostarcza nam na to mnogich dowodów. Św. Teresa podlega ciężkim atakom drgawek i porażeń, u św. Katarzyny ze Sjeny występują objawy patologiczne o równie silnem nasileniu. U opętanych przez szatana (demonomanja) na obraz walki z siłą nieczystą w regule składały się drgawki.

Zjawiska te tłumaczymy olbrzymią energią uczuciową, związaną z nadmiernie rozwiniętem życiem religijnem, zawierającem w sobie pierwiastek świętości, który tchnie wszystkiem tem, co wydaje się nadludzko potężne a niezrozumiałe, dobre a straszne, przyciągające i przerażające jednocześnie" (*Witwicki*) i wybitną siłą przyciągającą, jaką taka treść wywiera na natury obciążone podłożem histerycznem, skłonnych do bezgranicznego oddania się i przeżywania takich właśnie treści. Przeżywają je w sposób dla siebie swoisty, produkując objawy histeryczne, jak stany ekstazy z rozkosznemi wizjami, drgawki, porażenia, glossolalię i t. p.

Rozważania tego rodzaju zmuszają nas do ostrożności w rozpoznawaniu epilepsji u twórców religji, świętych i proroków.

Przeciwko epilepsji Mahometa świadczy cały szereg faktów. Drgawki wystąpiły dopiero w 41 roku życia. Badania zaś statystyczne *Goversa*, *Tereszkiewicza*, *Bergera* i innych, wykazują, że tak późne występywanie epilepsji należy do rzadkości. *Binswanger* na podstawie własnego materjału podaje, że tylko w 1,52% choroba ta rozpoczyna się po 40 roku życia. Przypomnieć musimy zachowanie Mahometa bezpośrednio po napadach: „Skoro tylko atak mijał, wstawał z uśmiechem i głosił...". Brak zamroczenia popadaczkowego i zachowanie pamięci o przeżyciach w czasie drgawek trudno pogodzić z naturą ataku epileptycznego. Do ostatnich chwil swego życia Mahomet zachowuje pełną siłę intelektu, rozwija bogatą działalność organizacyjną i kaznodziejską. Jeszcze na kilka tygodni przed śmiercią, która nastąpiła w 63 roku życia, wygłosił płomienną mowę do zebranych wiernych. Wszyscy biografowie zgodnie wychwalają jego zalety, możemy wprawdzie podejrzywać przesadę, nic nas

jednak nie uprawnia do przypuszczeń wprost przeciwnych. Brak otępienia i rysów, składających się na charakter padaczkowy, przemawia również silnie przeciwko epilepsji.

Opierając się na doświadczeniach, które dostarczyło nam życie religijne wszystkich czasów i ludów, skłaniamy się ku histerycznemu pochodzeniu patologicznych objawów u Mahometa. Źródło omamów i drgawek widzimy w bogatej treści duchowej, związanej z gwałtownym akcentem uczuciowym, która wypływając z koryta podświadomego na wierzch, burzyła równowagę psychofizyczną i manifestowała się na zewnątrz objawami histerycznemi.

Rozpatrując chorobę Mahometa mieliśmy pewien punkt zaczepienia. Bjografowie arabscy przekazali pamięci potomnych fakt, że Mahomet popadał w stany drgawkowe, które mogły nasunąć przypuszczenie o ich epileptycznem pochodzeniu. Dochodząc do osoby apostoła Pawła znajdujemy się w sferze samych domysłów i sztucznych tłumaczeń, z których historyk *Krenkel* sprezentował tezę, że apostoł Paweł cierpiał na epilepsję. Praca *Krenkla* poszła już w zapomnienie, zdanie jego zakorzeniło się jednak głęboko w protestanckich kołach teologicznych i znalazło nawet dostęp do monografji *Binswangera* o epilepsji.. *Krenkel* wziął się do roztrząsania kwestji psychjatrycznej, uzbrojony w erudycję historyczno-teologiczną. Pozbierał luźne szczegóły, scementował je zapomocą sofistycznej djalektyki i tą drogą spreparował dowody na swe twierdzenie.

Dowody te poddał krytycznej ocenie *Seeligmüller* w swej pracy p. t. „War Paulus Epileptiker" i wskazał na ich mimowolną humorystykę. Luźna wzmianka w listach galatejskich o „morbus qui sputatur", na który rzekomo cierpiał apostoł Paweł, staje się opoką, na której *Krenkel* buduje cały gmach swych rozważań. Wizję w Damaszku *Krenkel* uważa za pierwszą manifestację epilepsji. Szczegół umieszczony w listach korynckich o odczuwaniu przez św. Pawła uderzeń pięścią zadawanych mu przez demona „Angelos Satana", wspiera tezę *Krenkla* wspólnie z innym bardziej jeszcze „murowanym" dowodem, za który Krenkel uważa chorobę oczną Apostoła. Starożytni lekarze uważali chorobę oczu za następstwo epilepsji, *Krenkel* nie przechodzi więc obok tak „znamiennego" szczegółu, ale skwapliwie zamieszcza go w swej pracy. Uwikłał się nadto w szereg sprzeczności, zwłaszcza w ocenie intelektu Apostoła, który urasta na początku jego pracy do rzędu olbrzyma duchowego. aby później spaść do rzędu upośledzonego na umyśle.

Wiązanka przytoczonych dowodów *Krenkla* wystarcza aby wykazać całą kruchość i bezpodstawność jego twierdzenia. Życie apo-

stoła Pawła, przetkane było wprawdzie stanami ekstazy, halucynacjami i t. p., bliższe jednak wnikanie w istotę tych objawów natrafia na trudności nie do przezwyciężenia ze względu na wielowiekową odległość oddzielającą nas od czasów w których żył i działał apostoł Paweł.

Analizując osobowość i dzieła Edgara Allana Poego, Flauberta, Tołstoja, Mahometa i apostoła Pawła, doszliśmy do wniosku, że nie mamy dostatecznych podstaw do rozpoznawania u nich epilepsji. Zaburzenia psychiczne van Gogha odnieśliśmy z dużem wahaniem do psychozy epileptycznej, nie mogliśmy jednak znaleźć związku przyczynowego między wybuchem choroby a przełomową zmianą stylu. Szybka śmierć van Gogha nie pozwoliła nam śledzić za dalszem ukształtowaniem się jego twórczości pod wpływem choroby. Ostatnie jednak obrazy malowane, tuż przed zgonem okazywały pewne obniżenie się poziomu, co wskazywałoby na zaznaczający się już ujemny wpływ choroby na twórczość. Jedynie u Dostojewskiego stwierdziliśmy niewątpliwą epilepsję i wskazaliśmy na daleko idący wpływ tejże na jego działalność twórczą, podkreśliliśmy fakt, że epilepsja wzbogaciła wprawdzie Dostojewskiego o nowe przeżycia, które znalazły swój wyraz w jego dziełach, ale równocześnie zacieśniła jego widnokrąg poznania.

Wynik tych rozważań upoważnia nas do stwierdzenia, że głęboko zakorzeniony pogląd o epilepsji wielkich twórców na którym Lombroso i jego naśladowcy oparli teorję o ścisłym związku między epilepsją a genjuszem, okazał się już w swem założeniu niesłuszny, ponieważ rzekomo „wielcy" epileptycy okazali się nieepileptykami. Odpada tem samem przypuszczenie o dodatnim wpływie epilepsji na zdolności twórcze. Dostojewskiego uważać musimy za wyjątek, który żadną miarą nie może stanowić reguły.

PIŚMIENNICTWO.

1) Binswanger: Die Epilepsie. 1913. 2) Bumke: Lehrbuch der Psychiatrie. 3). Jaspers. Allgemeine Psychopatologie. 4) Lombroso. Ueber die Entstehungsweise und Eigenart des Genies-Schmidts Jahrbüeher für die ges. Med. 1907, 1908. 5) Birnbaum: Psychopathologische Dokumente. Birnbaum: Grundzüge der Kulturpsychopathologie. Birnbaum: Seelische Verursachung psychischer Störungen. Birnbaum. Aufbau der Psychose. 6) Kleist: Episodische Dämmerzustände. 7) Gruhle: Psychologie des Abnormen. 8) Kretschmer: Medizinische Psychologie. 9) Oppenheim: Ueber psychasthenische Krämpfe—Journal f. Psych. und Neurol. 1905. 10) Bratz: Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen — Monatschrift f. Psych. und Neurol. Tom 29. 11) Mikulski: Polska literatura psychopatyczna

12) Edgar Allan Poe: Arabeski. Edgar Allan Poe: Groteski. Edgar Allan Poe: Opowieści nadzwyczajne. Edgar Allan Poe: Opowieści tajemne. 13) Probst: Edgar Allan Poe—Grenzfragen der Literatur und Medizin, zeszyt 8. 14) Ola Hanson: Czarodzieje i wróżbici. 15) Charles Baudelaire: Edgar Poe, Zycie i dzieła, w tłumaczeniu Szukiewicza. 16) Wyrzykowski: Wstęp do arabesek. 17) Aschaffenburg: Stimmungsschwankungen der Epileptiker 1906. 18) Bolten: 3. Aufsätze ueber Epilepsie—Monatschrift f. Psych und Neurol. Tom 39. 19) Römer: Beitrag zur Lehre von der epileptischen Verstimmung Monatschrift für Psych. und Neurol. Tom 24. 20) Van Gogh: Obrazy. Van Gogh: Briefe an seinen Bruder, Berlin 1914. 21) Jaspers: Strindberg und van Gogh. 22) Riese: Vinzent van Gogh in der Krankheit—Grenzfragen des Nerven und Seelenlebens. 23) Prinzhorn: Gibt es schizophrene Gestaltungsmerkmale in der Bildnerei der Geisteskranken, Zeitschrift f. d. Ges. Neurol und Psych. Tom 78. 24) Weygand: Zur Frage der patologischen Kunst, Ztschr. f. d. Ges. Neurol und Psych Tom 94. 25) Birnbaunm: Von der Geistigkeit der Geisteskranken und ihrer psychiatrischen Erfassung. Offener Brief an Herrn Prof. Jaspers. Ztschr. f. d. Ges. Neurol und Psych. Tom 77. 26) Paul Gauguin: Vorher und Nachher. 27) Raphael: Von Monet zu Picasso, Grundzüge einer Aesthetik und Entwicklung der modernen Malerei. 28) Burger: Cezanne und Hodler, Einführung in die Probleme der Malerei der Gegenwart. 29) Müller Freienfels: Psychologie der Kunst. 30) Tugendgold: Francuskie malarstwo 19. stulecia, Kijów 1921 (w języku ukraińskim). 31) Gustave Flaubert: Kuszenie św. Antoniego. Gustave Flaubert: Pani Bovary. Gustave Flaubert: Salambo. Gustave Flaubert: Briefe ueber seine Werke, Bruns Minden. 32) Reik: Flaubert und seine Versuchung des heiligen Antonius. 33) Binet-Sangle: L'epilepsie chez Gustav Flaubert—La chronique medicale 1. XI. 1900. 34) Dostojewski: Idjota. Dostojewski: Bracia Karamazow. Dostojewski: Biesy. Dostojewski: Zbrodnia i kara. Dostojewski: Wspomnieuia z martwego domu. 35) Neufeld: Dostojewski, Skizze zu seiner Psychoanalyse. 36) Kaus: Die Träume in Dostojewskis Raskolnikoff,—Individuum und Gemeinschaft, Z. 4. 37) Adler: Praxis und Theorie der Indyvidualpsychologie (rozdział o Dostojewskim). 38) Mereżkowski: Tołstoj i Dostojewski jako ludzie. 39) Aimée Dostojewski: Dostojewski, przyt. za Naufeldem. 40) Tołstoj: Spowiedź. Tołstoj: Ojciec Sergjusz. Tołstoj: Sonata Kreutzerowska. Tołstoj: Wojna i pokój. 41) Ossipow: Tolstois Kindheitserinnerungen. Ein Beitrag zu Freuds Libidotheorie. 42) Freimark: Tolstoj als Charakier. 43) Segalin: Pa sprawi patografji Lwa Tołstoja — Kliniczne archiwum Neuropatologji Tom I. Zeszyt 1. rok 1925. 44) Moharrem Bey: Wahr Mohamed Epileptiker. Neurolog. Wochenschr. 1902. 45) Witwicki: Psychologja. 46) Seeligmüller: War Paulus Epileptiker? 1910. 47) Krenkel: Paulus—der Apostel der Heiden, przyt za Seeligmüllerem.

Z Kliniki Psychjatrycznej U. S. B. w Wilnie.

PRZYCZYNEK DOŚWIADCZALNY DO NAUKI O EJDETYŹMIE I JEGO ZWIĄZKU Z KONSTYTUCJĄ FIZYCZNĄ [1]).

Podała

H. JANKOWSKA.

Urbantschich w roku 1907 pierwszy zwrócił uwagę na zjawisko które opisał pod nazwą „Die subjektiven optischen Anschaungsbilder". (Podmiotowo postrzegane obrazy wzrokowe), a które od 1918 roku stają się przedmiotem szczególnego zainteresowąnia i badań *E. R. Jaenscha* i jego szkoły w psychologicznym instytucie w Mahrburgu. Zjawisko to polega na zdolności odtwarzania obrazów pamięciowych ze zmysłową wyrazistością postrzeżeń. Powstają one bądź zaraz po doznanem postrzeżeniu wzrokowem, bądź też są odtworzeniem obrazów dawniej postrzeganych, wywołanych przez aktywne żywe ich wyobrażenie. Obrazy te są widziane w pewnem znaczeniu tego słowa. Usposobienie do tej zdolności *E. R. Jaensch* nazwał *ejdetyzmem*, a osoby posiadające tą cechę *ejdetykami*. Obrazy widziane nazywają wszyscy autorzy niemieccy za *Urbantschischem, s. o. Anschaugsbilder lub eidetische Vorstellungen.*

Prof. Błachowski nazywa je wyobrażeniami ejdetycznemi, sądzę, że może słuszniej byłoby nazwać je *przedstawieniem ejdetycznem*[2]).

---

[1]) Podług odczytu wygłoszonego na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie w 1928 r.

[2]) Termin wyobrażenia bowiem przesądza poniekąd charakter wyobrażeniowy zjawiska, podczas gdy nosi ono cechy postrzeżenia. Nazwa „postrzeżenie ejdetyczne" byłoby niezręczne, gdyż słowo greckie „eidos" oznacza postać kształt widziany, więc słowa „postrzeżenie" i „ejdetyczne" byłyby poniekąd synonimami.

Termin niemiecki „Vorstellung" obejmuje pojęcie szersze niż polskie wyobrażenie, zawiera w sobie pojęcie ang. i franc. „presentation i representation" Niemieckiemu „Vorstellung" oraz ang. i franc. „présentation" może najbardziej odpowiada w polskim języku termin, *przedstawienie.*

Zjawisko to, zajmujące miejsce pośrednie pomiędzy wyobrażeniem i postrzeżeniem, w różnych wypadkach jest zbliżone bądź bardziej do postrzeżenia (raczej do doznawąnia następczego) bądź też do wyobrażenia i spotyka się niemal jako prawidło na pograniczu wieku dziecinnego i młodzieńczego. Na tej podstawie, a także dopatrując się w niektórych objawach psychicznych u ludów pierwotnych podłoża ejdetycznego *E. R. Jaensch* wysuwa hypotezę, że ejdetyzm stanowi etap rozwojowy psychiki, który ma miejsce bądź w onto— bądź w filogenetycznym rozwoju, kiedy postrzeżenia i wyobrażenia stanowią jeszcze niezupełnie zróżniczkowane jednostki, a który *Jaensch* nazywa: *„Einheitsphase"*.

Ze względu na ramy tej pracy nie mam zamiaru szczegółowiej omawiać istoty zjawiska, ani też sprawy częstości jego występowania, odsyłając czytelnika do źródłowych prac *Jaenscha*, jego szkoły i innych autorów, którzy między innymi całym szeregem doświadczeń stwierdzili, że przedstawienia ejdetyczne wzrokowe poddają się tym samym prawidłom optycznym, co i rzeczywiste postrzeżenia, pomimo, że badani nie znają tych praw. (prawo identyczności kierunków wzrokowych, zjawisko inkongruencji siatkówki, oraz prawo odchylonia horopteru).

Niejednokrotnie zauważano że przedstawień ejdetycznych doznają dorośli, mianowicie ci, którzy operują konkretnemi wyobrażeniami np. artyści, rzemieślnicy, natomiast zanikają one u osób zaprawionych do myślenia oderwanego. Niektórzy widzą w zachowaniu tych zdolności przetrwanie usposobienia młodzieńczego i zwracają uwagę, że osoby te odznaczają się szczególnie młodym wyglądem.

Wprawdzie zagadnienie to dotąd były przedmiotem badań niewyłącznie psychologów i sądzę, że poza teoretycznemi dociekaniami może i powinno znaleźć swój wyraz w pedagogice, to wydaje mi się, że dla lekarzy nie jest ono pozbawione znaczenia zarówno czysto psychjatrycznego, jeżeli chodzi o stosunek przedstawień ejdetycznych do omamów, jak też ogólnie biologiczuego ze względu na wysunięty przez *Waltera Jaenscha* związek typów ejdetycznych z konsfytucją fizyczną.

Autor ten rozróżnia dwa typy ejdetyków, którym ma odpowiadać a nawet je uzależniać określona konstytucja fizyczna. Twierdzi on, że owe fenomeny wzrokowe są psychicznemi ekwiwalentami stygmatów fizycznych. Rozróżnia on mianowicie t. zw. Typy *B* i Typy *T.* Typ *T.* pod względem fizycznym nosi cęchy tetanoidalne w ujęciu *Frankl-Hochwarta,* do których *Walter Jaensch* dodaje jeszcze takie objawy jak, strach nocny, mówienie przez sen, som-

nanmbulizm i inne; zaś przedstawienia ejdetyczne tego typu osób (PET) mają mieć następujące cechy: są one zbliżone do doznawania następczego (powidoku), a więc bliżej stojące postrzeżeń niż wyobrażeń, są niezmienne, długotrwałe, stałe, nie podlegają wpływom bodźców zewnętrznych lub woli i wyobrażeń osoby doświadczającej, są one płaskie, dwuwymiarowe, zabarwione raczej w kolorze dopełniającym, mogą powstawać samorzutnie, są odczuwane zawsze jako przykre i obce. Typ — *B* pod względem fizycznym wykazuje cechy bazedowoidu (*Stern*). Przedstawienia ejdetyczne, które mają odpowiadać temu typowi fizycznemu (PE_B) są o wielkiej wyrazistości w kolorze zasadniczym zmienne, niezależnie od bodźców zewnętrznych, jak też od wyobrażeń i woli osobnika, ruchliwe, czasem kalejdoskopowe, często powstają samorzutnie z obrazu pamięciowego, czasem odległego, i stoją w ścisłym związku z biegiem wyobrażeń, są one przez osobę doświadczającą odczuwane przyjemnie jako zjawisko naturalne, słowem w przeciwieństwie do (PE_T) obrazy (PE_B) są bardziej zbliżone do wyobrażeń. Częściej niż czyste spotyka *Walter Jaensch* kombinacje tych dwóch typów. Niezależnie od tych typów, które *W. Jaensch* uważa jako stopnie ejdetyzmu (Stufe) rozróżnia w każdym z nich, za swoim bratem 5 szczebli (Grade). Stwierdził on dalej u dzieci typu *T.* pod wpływem wprowadzenia znacznej ilości calcium lacticum ustępowanie objawów ejdetycznych typu *B.* równolegle do ustępowania objawów fizycznych tetanoidalnych, co nieraz u typów mieszanych pozwoliło wyodrębnić cechy ejdetyczne typu *B. Fischer* i *Hirschberg*, którzy w tym kierunku prowadzili badania na przeszło 200 dzieciach nie stwierdzili tego pararelizmu pomiędzy objawami fizycznemi, a cechami przedstawień ejdetycznych. Nie rozróżniają oni wogóle typów przedstawień ejdetycznych, klasyfikując je jedynie pod względem stopnia nasilenia objawów, *Zeman*, który przeprowadził jedynie psychologiczne badania nad przedstawieniami ejdetycznemi nie stwierdził u wiedeńskich dzieci w żadnym wypadku przedstawień ejdetycznych typu *T*, natomiast częsty typ—*B. Zillig* również podkreśla rzadkość występowania typu—*T*.

Niewątpliwie koncepcja *W. Jaenscha*, szczegółowo i wyczerpująco wyłożona w jego monografji, przedstawia się bardzo nęcąco z punktu widzenia paralelizmu psycho-fizycznego dlatego też ta strona ejdetyzmu szczególnie mnie zainteresowała i sądziłam, że skoro podawanie wapnia, które zmniejsza objawy tężyczkowate i niweczy PE_T to sztuczne wywoływanie stanu tężyczkowatego drogą hyperwentylacji, która powoduje alkalozę, a ta ostatnia zmniejszenie ilo-

ści zjonizowanego wapnia w krwi, powinno objawy te nasilać, względnie, w wypadkach czystych typu — B, lub braku ejdetycznych — wywoływać je. Sądziłam, że doświadczeniu tem znajdę przyczynek pomocny do rozstrzygnięcia zagadnienia tej zależności psychofizycznej. Muszę zaznaczyć, że już po przeprowadzeniu swoich doświadczeń spotkałam w pracach *W. Jaenscha* wzmiankę o tem, że w stanach t. zw. „Atmungstetanie" znajdował on potwierdzenie swej teorji, lecz nie podaje ani protokułów badań, ani też nie omawia szczegółowej ich wyników.

Badania przeprowadzałam nad dziewczynkami III i IV oddz. szkół powszechnych m. Wilna w listopadzie i grudniu 1926 r. oraz październiku i listopadzie 1927 r. Oprócz tego zbadałam dwóch chłopców 13 lat i 20 oraz jedną osobę dorosłą, którzy swoim wyglądem „bazedowoidalnym" wzbudzili podejrzenie, że są ejdetykami i okazali się nimi. Ogółem badałam 46 osób. Przy fizycznem badaniu zwracałam uwagę na zewnętrzny wygląd i znane objawy bazedowoidalnc i tężyczkowate; niestety warunki nie pozwoliły na badanie pobudliwości elektrycznej, co jednak jest jednym z naczelnych objawów stanu tężyczkowatego. Przedstawienia ejdetyczne badałam według wskazówek znalezionych w pracach instytutu Mahrburskiego: przy świetle zlekka przyciemnionem, posługując się ekranem określonego popielatego koloru (50^0 białego i 310^0 czarnego), ustawionym na odległości 50 cm. od oczu badanego. Każde badanie poprzedzałam wywołaniem doznawania następczego drogą fiksacji kolorowego kwadratu wielkości 5 cm^2; chodziło mi w jednych wypadkach tylko o to, żeby dziecko dokładnie zrozumiało, że chodzi mi o obrazy, które rzeczywiście zobaczy na ekranie, podobnie jak widzi doznawanie następcze kwadratu. W wypadkach, gdy postrzeżeń ejdetycznych wywołań nie mogłam zwracałam baczniejszą uwagę na charakter i zachowanie się doznawania następczego, żeby ewentualnie stwierdzić cechy ukrytego ejdetyzmu *(Gotheil)*, jak długość i stałość trwania obrazu, kształt, kolor oraz odchylenia od prawa Emmerta. Wybór obrazków i posługiwanie się niemi uległy pewnej zmianie z biegiem doświadczeń. Z początku posługiwałam się kilku pocztówkami, w których doborze kierowałam się wyrazistością barw, treścią, którąby zainteresowała dzieci, oraz momentem, któryby pobudzał wyobraźnię dziecka w kierunku ruchliwości przedstawień ejdetycznych. Z początku przed i po hyperwentylacji pokazywałam te same pocztówki, były to: róża czerwona i kremowa z zielonemi liśćmi i pączkiem, 4 koty rudawe, bawiące się czerwoną piłką, 6-ciu futbalistów na zielonej łące i inne. Wyniki jednak tych pierw-

szych badań, które wykazały, że po hyperwentylacji obrazy zyskują na wyrazistości, trójwymiarowości, kalejdoskopowości, ruchliwości, że słowem cechy *B* — potęgują się po hyperwentylacji, nasunęły mi wątpliwość, czy poza pewnem wdrożeniem badanego nie gra tu roli ten moment, że powtórne oglądanie tej samej pocztówki jest silniejszym niż pierwotne, bodźcem do wywołania przedstawień ejdetycznych o silniej zaznaczonych cechach przedstawień. Dlatego też w następnych doświadczeniach wprowadziłam różne modyfikacje: 1) znacznie przedłużałam badania przed hyperwentylacją, żeby ewentualny czynnik wdrożenia, który jak się okazało niewątpliwie odgrywa rolę, wyczerpał się przed zabiegiem hyperwentylacji, 2) dobrałam szereg obrazków równoległych pod względem treści i zainteresowania, które układałam parami. Przed hyperwentylacją pokazywałam z każdej pary ten obrazek, który dziecko samo wybrało jako bardziej interesujący, ażeby czynnik większego zainteresowania, który sprzyja powstawaniu przedstawień ejdetycznych nie prowadził do mylnych wniosków w ocenianiu hyperwentylacji; lub też po hyperwentylacji wywoływałam przedstawienia ejdetyczne ze wspomnienia obrazka pokazanego przed hyperwentylacją. 3) przedłużałam również badania po hyperwentylacji dążąc do wyczerpania nabytych przez hyperwentylację cech, 4) w niektórych wypadkach zaczynałam badanie od zabiegu hyperwentylacji. Próbowałam również wywoływać przed i po hyperwentylacji samorzutne przedstawienia ejdetyczne wzrokowe, a także badałam we wszystkich przypadkach przedstawienia ejdetyczne słuchowe, a w ostatnich 24 badałam również dotykowe, a także smakowe i węchowe, te ostatnie jedynie jako samorzutne doznawania.

Zanim przejdę do wyników i wniosków na podstawie swoich badań pozwolę sobie przytoczyć kilku protokułów całkowitych, a także charakterystyczniejsze wyjątki z pozostałych.

Przypadek 1. S. R. 9 lat. Tarczyca się wyczuwa. oczy błyszczące, źrenice szerokie, bardzo żywa reakcja źrenic, arytmja oddechowa, dermografizm różowy, brak ocznych objawów bazedowoidalnych. (Typ — *B*) Dziewczynka średnio zdolna, pracowita podaje, że jak czyta bajki i powiastki to widzi przed sobą to, o czem czyta, widzi obrazy jakby żywe przed oczami, pzzedmioty są wypukłe, osoby się ruszają. czasem mówią, tak że słyszy, ale cicho. Gdy odpowiada nauczycielce lekcje np. opowiadanie z polskiego albo przyrody, to widzi przed oczami obrazek i odpowiada z obrazka. Kiady wracała z Jasełek to przez całą drogę widziała przed oczami oglądane sceny, słyszała jak mówili, ale cicho. Przed kilku dniami widziała jak uczniowie pod oknami szli z orkiestrą i grali, kiedy już przeszli znowu spojrzała w okno i zobaczyła tych samych uczniów. Słyszała muzykę lecz „jakby ciszej", zwróciła się do brata żeby spojrzał lecz brat odpowiedział. „gdzież ty widzisz, ich wcale niema". Widuje te obrazy trzeci rok, mają być one jaskrawe na wiosnę

i w lecie, ocenia je jako bardzo przyjemne i zajmujące. Nigdy nikomu o nich nie opowiadała, dopiero niedawno po wypadku z orkiestrą zapytał ją o to 16-ni brat, który też widuje te obrazy, tylko teraz rzadziej. Na zapytanie dlaczego dotąd o tem nikomu nie opowiadała, dziewczynka odpowiada: „nie wiem".

Dnia 22/XI-26 r. przy badaniu jednakowemi obrazkami przed i po hyperwentylacji różnice były dość wyraźne, dla braku miejsca jednak z protokułu tego podam jedynie dowolnie wywołane przedstawienia ejdetyczne wzrokowe przed i po hyperwentylacji. Z rozmowy wynikło, że dziewczynka specjalnie interesuje się aeroplanami, razem z bratem robi je i że najchętniej zobaczyłaby na ekranie aeroplan; dziewczynka twierdziła, że woli wywołać na ekranie obraz aeroplanu niż kogoś z rodziny.

Dowolne PE. Aeroplan. 1'. „Tu skrzydła się pokazują... tu śmigła... a tam dalej ogon trochę widać... (kolor?) on taki mglisty... a tu skrzydła jeszcze sznurem przywiązane... a tu jeszcze jakieś paski... tu gdzie śmigła na tem pudle jakieś zielone paski... on sam szaro zielonowaty tylko sznurek popielaty... a tu kółko rusza się... o w tę stronę... i śmigła ruszają się tylko pomału... (?) nie widać, żeby kto jechał... już nie ruszają się... coraz słabiej widać... (Dzwonek) Widzę trochę lepiej ale słabo... a teraz widzę spadochron... człowiek jakiś maleńki spuszcza się... o już tu niżej... (pokazuje na ekranie), już nie widać" (4').

Po hyperwentylacji zaproponowałam dziewczynce żeby zobaczyła matkę albo brata. Po 30''—„teraz widzę... on idzie z mamusią... szare palto. . jakby domy stoją... to ulica Witoldowa... a tam za domem wysuwa się kościół... ale to zupełnie wyraźnie, że on idzie i mamusia idzie w czarnym palcie i kapeluszu.. to *ja sobie pewnie przypominam,* jak on szedł raz z mamą do kościoła... tu jakaś dziewczynka... ale to tak wyraźnie idzie jakby prawdziwa... i widać niebo chmurzyste... teraz mnie to znika... ale widzę znowu wyraźnie... o tu mamusi łóżko.. i moje koło mamusi, jak stało kiedy ja byłam chora... o! niech Pani zobaczy... i brat przy stoliku aeroplan robi... a ja czytam w łóżku... mamusia stoi coś robi... śmieje się... ale tak wyraźnie widzę jakby na prawdę... przez okno widzę dom p. R.... i radjo przeprowadzone"—(czy to wygląda jak namalowane?)—„namalowane to nie może być, bo to zupełnie jak prawdziwe... ot wyraźnie widzę, że leżę w łóżku, a tu stoi łóżko mamusi" (wielkość?) „to jakby zdaleka" — (czy ja mogę to widzieć?)—„pewnie nie, bo to z mojej myśli, ale zupełnie jak prawdziwe".

Z pierwszego protokułu podam jeszcze doznawania dziewczynki po fiksacji czerwonego kwadratu.

Przed hyperwentylacją: „blado czerwony kwadrat... w tej samej wielkości... jakby naklejony... robi się coraz czerwieńszy (?), czarna kropka w środku [1])... blednie, znika" (1 m.).

Po hyperwentylacji: „widzę wyraźnie kwadrat... jeszcze czerwieńszy, a w środku nos i usta.. . z tyłu tego nosa i ust... widzę czarną plamę jakby litera „R" i później jakby na nią rozlano atrament... a wyżej za literą niby oko... a na oku półksiężyc... o! tu może Pani sama zobaczy, a tu jakaś niezakończona piątka, proszę niech Pani zauważy" (kiedyś na obrazku widziała półksiężyc) widzi słabiej, po przybliżeniu ekranu widzi wyraźniej, „on większy i czerwieńszy" (?), wypukły... o już blady zupełnie... nie widzę") (15').

26 listopada badano postrzeżenia ejdetyczne słuchowe.

---

[1]) Pokazywane kwadraty wszystkie miały w środku czarną kropkę, która była punktem fixacji.

Dzwanek 15″. Nasłuchuje. „O teraz słyszę w tej stronie“ (przeciwnej) „jakby dzwonek... ale cichszy niż ten“.

„Renusia!“ 20″ „Ztyłu ktoś powiedział... ale bardzo cichutko, jakby szeptem“.

„Warszawa jest stolica Polski“. 10″. „Słyszę tylko Polski... tak na ucho, z tyłu“ — (posłuchaj jeszcze) — „nic nie słyszę... (1′).

Po hyperwentylacji.

Dzwonek. 11″. „Wyraźnie słyszę dzwonek z prawej strony (ta sama) (?)—zupełnie tak samo jak Pani zadzwoniła“.

„Warszawa jest stolica Polski“. 5″. „Ztyłu słyszę Warszawa“... teraz (5″) „stolica“... (nasłuchuje)... już nie słyszę (45″)... o, teraz ztyłu wyraźnie powiedział... „Renusiu, Warszawa jest stolica Polski“ (śmieje się) a teraz wyraźnie słyszę „Renusiu, chodź na obiad“—coś słyszę zdaje się „aeroplan“... dobrze nie słyszę... o teraz wyraźnie: „masz aeroplan“, a teraz słyszę dzwony biją... nie mogę określić gdzie... naokoło biją... (śmieje się)... mnie się zdaje, że ktoś ze schodów mnie woła (wymienia nazwisko) może naprawdę woła?—jakieś organy grają (melodja?) nasłuchuje. „my chcemy Boga“ (nuci)—to jakaś panienka cienkim głosem śpiewa... teraz widzę jak uczniowie idą po Starej ulicy koło naszego domu i grają... orkiestrę słyszę... o tu idą uczniowie, a tu orkiestra... (pokazuje na przestrzeni pomiędzy sobą, a badającą)... (czy mnie widzi?)... *Panią widzę jak przez uczni, tak miga się...* a z tej strony (po przeciwnej stronie stołu) ulica... o tu... (pokazuje palcem na ścianie) róg, a tu nasz dom... już znika... jeszcze uczniowie idą... teraz słyszę jak synek sędziego, co mieszka na dole, woła: „Olgierd, chodź tu“ ale tak głośno, wyraźnie... jakiś dom... mgła... coś słyszę niewyraźnie... już nic nie słyszę... (posłuchaj jeszcze)—(nasłuchuje) „nie słyszę“. Dziewczynką podaje, iż po raz pierwszy słyszała tak wyraźnie i głośno, teraz po oddychaniu. Zwykle słyszała albo szeptem, albo półgłosem i niewiele.

15 grudnia 26 r.

Przed hyperwentylacją:	Po hyperwentylacji:
Pies	—
Tygrys	słoń
Lew	wielbląd
Koń	—
Chłopiec z choinką	dziewczynka z cukierkami

Wspomnienie obrazków pokazywanych na badaniu 22. XI.

Futboliści	Róże.

Pies, ogl. 10″. 15″. Jakieś zwierzę szare... wypukłe, ale nie rusza się.

Tygrys, ogl. 10″. Bezp. „Widzę tygrysa ale powiększony... kolorowy (?) płaski... głową rusza... (postaraj się zobaczyć człowieka)... „widzę z daleka jakąś kropeczkę... powiększa się... człowiek... teraz blade... niema nic... widzę tygrysa ale niewyraźnie... wypukły... kolorowy... ale jak za mgłą“.

Lew, ogl. 10″. 20″. „Widzę lwa... szary wypukły... grzywa rusza się od wiatru... coraz większy... (?) dwa razy większy od pokazanego... znikł... (10″).

Koń (w skoku), ogl. 10″. Bezp. „koń brązowy, ale stoi na nogach... głową macha... wypukły... (wyobraź, że skacze) (10″)... pobiegł gdzieś daleko... teraz mniejszy... upadł... (?) biegnie po trawie zielonej... (zobacz na koniu jeźdzca) (5″) ja siedzę, na koniu, jak na wsi jeździłam... (koń ciebie zrzucił)... (prowadzi oczami po ekranie),

tak prędko niesie... Hop! już skoczył w stronę... a ja leżę... już nie widać konia tylko ja leżę... wszystko znika" (dziewczynka przeciera oczy nieco załzawione)... „zupełnie jak kino; bardzo ciekawe".

Chłopiec z choinką, ogl. 10''. Bezp. „Chłopiec idzie ale bez jodełki... gdzieś stoi jodełka... na rogu chodnika... chłopiec nachyla się... (śmieje się)... chce wziąść choinkę ale boi się... teraz wziął i poszedł (?)... choinka zielona i cztery świeczki białe... (?) wszystko było płaskie.

Wspomnienie: „Futboliści". 40''. „Biegają chłopcy... sześciu po łące... spodenki granatowe... zielone koszulki... futboll koci się... wszystko wypukłe, piłka żółta... tam jakaś chatka... bardzo blade... nie widzę... teraz widzę, co powiastkę czytałam o Kasi ona stoi koła dworka... (dziewczynka podaje, że zobaczona chatka przypomniała jej czytaną powiastkę).

Hyperwentylacja. 6'. Objaw Chwostka ++. Mrowienie. Zawrót głowy, słabo.

Słoń, ogl. 10''. Bezp. „Słoń bierze człowieka trąbą... słoń poszedł, a człowieka niema... teraz siedzi... b. duże (?) wypukłe.., słoń gdzieś zawraca... (?) nie słyszy nic... człowiek znikł... słoń chodzi po ogrodzie... klomby... drzewa... (10'') nic nie widać".

Wielbląd—oglądanie 10''. Bezp. „Widzę wielbląda.. ale on bardzo duży (?) wypukły... między garbami siedzi człowiek... popędza... ale nie słyszę, tylko rusza ustami.., przez jakieś pustynie jadą... (dziewczynka podaje, że woli lwa, wielbląda jednak widzi wyraźniej".

Dziewczynka, ogl. 10''. Bezp. „Dziewczynka z mufką... 3 pakunki niesie... pudełka... idzie po chodniku... dużo śniegu... Słyszy, jak śnieg skrzypi pod nogami, „wszystko wypukłe..."

Wspomnienie: „Róże". 15''. „Widzę 2 róże... na górze bordo ciemna... na dole jasno żółta... nachylaja się... jakby wiatr wieje... w dzbanku stoją... wypukłe"...

Hypewentylacja 3 minuty.

Wspomnienie „Futbolistów". Bezp. „wyraźnie widzę jak biegają... ale tak wyraźnie biegają... i krzyczą: "hej, oddaj piłkę"... „jeden rzuca piłkę, drugi łapie.., jeden pobiegł do tamtej chatki... (dziewczynka podaje, że widzi o wiele wyraźniej niż przedtem) „teraz oni żywi, ruszają się jak żywi". (pierwiej też ruszali się ?). „ale wtedy jakoś na miejscu".

Przypadek 3-ci. M. Z. 12 lat, III-ci oddział. Tarczyca nieco powiększona, oczy duże, błyszczące, źrenice szerokie, objaw Stellwaga, pocenie się, arytmja oddechowa, nieznaczne drżenie palców, wybitny różowy dermografizm. Tętno 96. (Typ. B).

Od 3-ch lat widuje przed oczami to o czem czyta, widzi w kolorach naturalnych, obrazy te są wypukłe, ruszające się, jak żywe widzi je „z daleka", „jak na prz. rośnie las to widzę tu bliżej, tu dalej, jak na prawdę", obrazy te zmieniają się ciągle, są one bardzo przyjemne, w lekcjach czasem pomagają, np. bywa czasem, że czego nie pamięta ale jak zobaczy obraz, to z obrazka wszystko mówi. Czasem jak obrabia lekcje widzi obrazy na stronicy książki i kajetu, tak że obraz zakrywa zupełnie stronicę. W zimie nie widuje, tylko na wiosnę latem i w jesieni.

Dziewczynka ta była trzykrotnie badana. Za pierwszym razem gdy badałam temi samemi obrazkami przed i po hyperwentylacji różnice były dość wyraźne; jedynie wdrożeniem i powtarzaniem bodźca trudno je tłomaczyć, gdyż ten sam obrazek pokazywany w jakiś czas po hyperwentylacji (objaw Chwostka jednocześnie ustępował) dawał znów słabsze przedstawienia ejdetyczne.

Wyjątki z protokółu badania w dn. 23 listopada 1926 r.

Róża, ogl. 15''. Nic nie widzi — 20'' (dzwonek) — nie widzi.

Po hyperwentylacji (objaw Chwostka i Trousseau).

Róże, ogl. 20''. Bezp. „Kwiat widzę... duży... szary... róża na czarnej tarczy (dzwonek, teraz łodyżka... też szara, wypukła (?), liści niema (?), drugiej róży niema (dzwonek), przysuwa się, (dzwonek)... o teraz druga róża też szara... stoją przed ekranem jak prawdziwe" (?), szare (?). Są naprawdę, (ja nie widzę), nie wiem czemu.. (skąd ?) nie wiem... dalej (dziewczynka po pewnem wahaniu chwyta ręką powietrze) niema, ale widzę teraz bliżej do mnie... wszystko to samo jak było... jedna w tę stronę pochylona... jedna w tę... (przeciwną niż na pocztówce), (łodyga?) jedna jest drugiej nie widać... teraz tutaj pąk... (oprowadza palcem na odległości 25 cm. przed ekranem) o tu jedna róża pochylona... tu niżej druga, a między nimi pąk... teraz tu dolna róża pochyliła się, że nie widać, tylko jedna górna róża i łodyga... teraz czarniejsza powiększona trochę... zmniejsza się... już bliżej do mnie... obydwie widzę popielato... teraz ta górna zielona stała się... duża tarcza... coraz większa... już nic widać—(dzwonek) nic.—12' 40''.

10 minut po hyperwentylacji, brak objawów Chwostka i Troussaux, zaznaczonych po hyperwentylacji.

Róża, ogl. 20''. 15''. „Coś szarego, okrągłego" (dzwonek)... nic tylko szare, okrągłe—1' 15''--znikło" (dzwonek)—nic.

Hyperwentylacja 3', Objaw Chwostka +.

Róża, ogl. 20''. Bezp. „Coś okrągłego zielonego" (?)... jeszcze nie wiem... coś się kręci... kręci" (dzwonek)... teraz czerwone okrągłe... coś w zęby, to róża... teraz w tej stronie... czerwone... coś zielonego... to liście... światło zielone... teraz szara róża... idze w tę stronę... róża czerwona i łodyga zielona... z tej strony koło róży dwa liście... nie widzę nic (dzwonek)—coś szarego... podługowate... idzie w tamtą stronę... teraz do mnie idzie coś okrągłego szarego... o widzę biała róża... teraz widzę czerwony pączek... nachylony nad białą różą... coś zielonego pod białą różą i nachylone w tę stronę... teraz czerwona róża coraz wyżej... białej niema... czerwona tak stoi... o teraz jest i biała... trochę zwieszona, pączka niema... o teraz widzę wyraźniej liście... cztery... jeden z tej strony róży czerwonej... drugi tu u góry... (na pocztówce niema)... i na dole dwa. Już nie widzę... (dzwonek)—nic... (6'').

Koty, ogl. 20''. Bezp. „Coś szarego, jakby rzeka... jakaś dolina... drzewo szare, duże i za górą jeszcze dwa... (pokazuje z przeciwnej strony, niż na obrazku)... z góry kot... z prawej strony (na pocztówce z lewej) coś szarego leci... zbliża się do mnie... już nic niema... (dzwonek)—nic. (Pokazano pocztówkę). „O ten kot tak biegł ale z tamtej strony, a ten biegł, jakby mniejszy, a ten krzak był z tej strony, stały za górą dwa duże drzewa i jakaś rzeczka była".

Ponownie pocztówka „koty" pokazana w 8' po trzyminutowej hyperwentylacji. Objaw Chwostka ujemny.

Koty, ogl. 20''. 10''. „Coś szarego leci... zginął... niema... (dzwonek) niema nic... Hyperwentylacja 3'. Objaw Chwostka +, lekko zaznaczony objaw Trousseaux, wstrząśnienia.

Koty, ogl. 20''. Bezp. „Coś czarnego idzie... to jakieś popielate kotki... dwa jakieś brązowe... coś czerwonego przed kotkami (?)... jakiś kwadrat... teraz nitka czerwona... długa, powinięta... teraz niema nitki... coś okrągłego czerwonego... duże... to czerwona piłka (?), nitki niema, (?) jeden kotek leży na brzuchu... łapki podciągnięte do siebie, a drugi z górki do niego podskakuje, a trzeci idzie na górkę (?) ruszają się i wypukłe, czwarty leży szary, a tamte brązowe... a tu piłka leży czerwona i długą,

nitkę widzę czerwoną od piłki... piasek żółty, jakaś górka... już nic niema... (dzwonek)... coś czerwonego... piłka i coś srebrnego leci... nic nie widzę (dzwonek)... nic." 5′ 30″.

Dowolne przedstawienie ejdetyczne matki po raz pierwszy próbowałam wywołać w 13′ po hyperwentylacji. (Objaw Chwostka ujemny). Pomimo $2^1/_2$' wysiłku dziewczynka nic nie zobaczyła, odpowiadała: „ja wyobrażam, ale nie widzę".

Po hyperwentylacji 3' 30" (Objaw Chwostka +, lekki objaw Trousseau i wstrząśnienia) na żądanie wywołania obrazu matki, dziewczynka z początku odpowiada: „wyobrażam, ale nie widzę", po 20" wpatrując się w ekran mówi, „widzę coś okrągłego... coś białego... coś czarnego... znowu coś białego... coś dużego czarnego... koło czarnego coś białego... jakieś okrągłe... nogi widzę... na nogach coś czarnego... usta czerwone widzę... ręka... w ręku coś trzyma... (przybliża głowę do ekranu)... wiadro niebieskie... widzę cała czarno ubrana... głowa okrągła... coś czerwonego na głowie w jakieś białe plamki... chustka... na nogach coś żółtego i czarnego... i długa suknia czarna... stoi... teraz ogląda się (mama?) „nie... (kto?)—(wzrusza ramionami) „idzie tu... idzie prędko... nie widzę już... (dzwonek)... coś czarnego widzę... niema".

16/XII-26 r. Badana powtórnie różnemi obrazkami.

Przed hyperwentylacją	Po hyperwentylacji.
Koń	Pies
Małpa	Lew
Słoń	Wielbłąd
Dziewczynka	Chłopczyk

Wspomnienie z poprzedniego badania 23/XI.

Futboliści	Róże

Koń, ogl. 10″, koń w skoku na zielonej trawie. Bezp.″ widzę coś zielonego.. okrągłe... konia nogi zgięte, teraz ogon... i jednę nogę tylną (zielone, okrągłe?) znikło... teraz głowa... i znowu nogi zgięte... pod nogami (?) nie wie co to... ogon i tylne nogi, ale nie połączone... teraz okrągłe... tułów... oczy widzę... ogon biały... i kręci głową... niema nic"... (2′), (Głowa i tułów były wypukłe, reszta płaskie).

Małpa 10″. Bezp.″ Ogon zakręcony... ręka w tył schylona... druga leży.. i głowa... porusza głową.. nóg niema... teraz nogą podnosi coś szarego... coś białego trzyma... widzę plecy z tamtej strony... nic (?)—małpa była siwego koloru i wypukła zwrócona w tę samą stronę co na obrazku—(zobacz małpę) 30″—głowa... ogon... nogi.. w przeciwną stronę... całą widzę... rusza się... skuliła się... i już niema... (zobacz)... znowu głowa... do mnie przodem... różowa twarz... uszy długie... (zobaczyć małpę na drzewie, jedzącą orzechy) 30″—niema... coś zielonego... o, znowu małpę zobaczyłam do mnie przodem... widzę tułów... kiwa ogonem... drapie za nos—(na drzewie?)—nie... (orzech?)... nie..." nic nie widzą. 4′ 20″.

Słoń, ogl. 20″. 5″ "Biały tułów... uszy.. głowa... noga (?) wszystko białe.. trąba zakręcona na nogę... teraz tylko nogi... i koło trąby uszki jakby... kopytki na nogach widzę... (?) zwrócony w przeciwną stronę... niema..″ (1′ 50″), (zobacz słonia, jak słoń podnosi trąbą dziecko) (30″)—widzę zielone... łąka, drzewa,... słoń idzie w przeciwną stronę... (niż na obrazku) zdaleka idzie dziewczynka... czerwony kapturek... czarna sukienka... biały fartuszek... idzie bliżej, a słoń obrócił się i poszedł w tamtą stronę, a teraz trąbą chwyta drzewo... nie widać.″ 3′ 50′.

Dziewczynka, ogl. 10''. Bezp.'' tylko twarz... o, duża, duża, dziewczynka.. kapturek różowy... białe koło kapturka... palto różowe... coś spada na ziemię białego z fioletowem... idzie w tę stronę... prędko... ogląda się... prędko idzie (?) po trawce zielonej... (spotyka się z chłopczykiem?) już nic nie widzę... znowu cała dziewczynka tylko mniejsza... prędko biegnie, ogląda się... daleko las... dom murowany... już nic... znowu tylko głowa... nic nie widzę''. 2' 15''.

Wspomnienie Futbolistów. Bezp.'' Łąkę widzę, kula szara... niema nic... znów łąka i kula szara... teraz pokratkowana... koci się w dół... kula powiększona... duża... żółta... więcej nic, łąki niema... kula porusza się... niema nic (?), (chłopców nie widziała)... teraz głowa i ręka chłopca... wypukłe... ręka schyliła się... teraz włosy widzę... już nic". 2' 40''.

Hyperwentylacja. Objaw Chwostka + +, drgania, objaw Trousseau.

Pies, ogl. 10''. Bezp''. taka sama kartka i cień zielony... nogi białe i stopki czarne... cztery nogi... ogon cienki coraz większy i tułów... i głowa, i uszy... koło uszu brązowe plamy... pyszczek czarny... stoi.. (?) nie rusza się... teraz podskakuje w górę... i coraz dalej biegnie do lasu... i niema... teraz wybiegł i czarny pies jego goni... teraz biały biegnie w tę stronę, a czarny w tę... białego niema tylko czarny... teraz psów niema tylko łąka i człowiek idzie (opisuje ubranie) i boso, a w rękach buty niesie... już niema... (przeciera oczy załzawione).

Lew, ogl. 10''. Bezp. Takie zielone... na łące widzę ogon zakręcony... teraz nogi cztery i tułów... teraz włosy koło przednich nóg i głowa i oko czarne... biegnie... przykula się... przewraca się na łące słychać, jakby burczał (goni zwierzynę) ze wszystkich stron las a on pośrodku skacze... przednie nogi postawi, a tylne podnosi, już niema... teraz deszcz pada... (?) słychać... drzewa poruszają się... las jest... zwierząt niema... zdaleka las i łąka i zając brązowy ucieka... i lew z tej strony... ogląda się za nimi, tak pomału idzie... teraz biegnie lew i już niema...''

Wielbłąd, ogl. 10''. Bezp''. Głowa mała i guzy te wysokie... i nogi cztery... całego widzę (?) brązowy wypukły, nogi schyla... idzie coraz prędzej... lasy... lasy... łąka zielona... idzie... studnia... niema nic (?)... znów wielbłąd cały... jakiś człowiek idzie koło niego, a z tyłu jeszcze jeden ale mały... już nic niema''.

Chłopczyk, 10''. Bezp''. Twarz, włosy... teraz ręce białe... głowa... pończochy krótkie... majtki... nogi białe... końce czarne... ręce wystawione... coś niesie... jakby choinkę... nic niema—(zobacz chłopczyka)—znowu chłopiec... choinka zielona(?) na choince nic niema... (?) wszystko wypukłe... (?) nie rusza się... teraz ogląda się chłopiec i śmieje się (?) słychać... nachyla się ogląda w przeciwną stronę... choinka coraz większa... białe na choince i coś czerwonego... pewno świeczki... nic nie widzę (?)... nic'' 3'.

Hyperwentylacja.

Wspomnienie chłopczyka. Bezp. Widzę głowę... fioletowa czapka... fioletowe krótkie palto, majtki... prędko biegnie...ogląda się... różowa buzia... śmieje się... choinkę trzyma... świeczki palą się... znikł, (zobacz)—widzę chłopczyka, ten sam niesie choinkę... ogląda się i upadł w tył i choinka na ziemi leży... śmieje się, teraz piszczy (?) słyszę... przechyla się... wstaje... ręce na śniegu... takie różowe ręce... ogląda się... patrzy gdzie jego choinka... wstaje, uśmiecha się, podniósł choinkę i pobiegł prędko daleko... już nic (?)... świeczki nie paliły się.

Wspomnienie. Róża. Bezp. "Zielone coś i czerwona róża... łodygi pochylone a tu biała róża... upadła... teraz położyła się... nic niema (?), były wypukłe.

Wspomnienie. Futboliści. Bezp. "Las... łąka... drzewa ruszają się i deszcz pada... stuka w ziemię... wiatr wyje... teraz żółte słońce świeci... czterech chłopców idzie... w rząd idą, jeden piłkę niesie... jeden zdejmuje czapkę... drugi zdejmuje... jeden z jednej strony, a drugi z drugiej... i kładzie czapkę... jeden podrzuca piłkę drugi nogą uderza, a jeden usiadł i siedzi... trzeci podbiega... uderza piłkę, a czwarty wstaje, podrzuca piłkę i nogą uderzył... już nic.

Następnie pokazywano kwadraty, wywołano przedstawienia ejdetyczne ze wspomnień innych obrazków. 30' po hyperwentylacji ponownie zażądano odtworzyć obraz futbolistów.

„Łąka las... czterech chłopców idzie... piłkę podrzucili... już niema".

Przypadek 7. Wercia P. III oddział. 9 lat. Szpara oczna i źrenice szerokie oczy wyraziste, arytmja oddechowa, dermografizm różowy., pocenie się (Typ — *B*)

Dziewczynka podaje, że jak czyta bajki albo słucha opowiadania albo o czem myśli to widzi te obrazy przed sobą, na lekcjach widuje to co czytają, albo co nauczycielka opowiada, jak wydaje lekcję to wydawaną treść widzi i z obrazka opowiada· Obrazy te są zawsze bardzo przyjemne, nigdy nie przeszkadzają; bywa czasem, że musi myśleć o czem innem, a pokaże się przyjemny obrazek np. na stronicy kajetu albo książki kiedy odrabia lekcje, wtedy ten obrazek przeszkadza, ale skoro nie zwraca na niego uwagi, to znika. Nigdy nikomu o tych obrazach nie opowiada, bo jej się wydaje, że to są rzeczy bardzo zwyczajne i że wszyscy tak widzą. Zaczęła widzieć te obrazy w końcu 1-go oddziału, (sześć lat życia), więcej widuje latem, dziewczynka sama stara się podać przyczyny, może dlatego, że więcej kwiatów, spacerów, zabaw, i jak myśli o tych rzeczach to „widzi", albo, że ma więcej czasu na czytanie, bo najwięcej widzi, jak czyta. Słyszała tylko raz jeden, jak dziewczynka z obrazka powiedziała „wyjdziemy, bo ja jeść chcę", poczem zobaczyła pasek biały, na którym było to samo wydrukowane. Zawsze, jak przygotowuje rachunki, to widzi przed sobą nauczycielkę rachunków, tablicę i swoją przyjaciółkę, widzi je zupełnie wyraźnie, jak żywe, tylko wie, że one nie mogą wtedy być. Wszystko, co napisze w kajecie to zaraz tamta dziewczynka pisze to samo na tablicy, widzi tak wyraźnie, że one zasłaniają jej inne przedwioty albo okno. Obrazy te widzi czasem kolorowo, czasem szaro — zawsze są wypukłe.

Wyjątki z protokółu badania dn. 25.XI. 26 r.

Kwadrat czerwony, fiksacja 15''. Natychmiast widzi czerwony kwadrat, jak naklejony, wielkość 4,5 cm., stopniowo blednie, po 4'' — nie widzi.

Róże, ogl. 10''. (Natychmiast) „widzę żółty kwiat w tem miejscu (pokazuje), a w tym czerwony, liście zielone", opisuje ich położenie jak na pocztówce tylko jeden umiejscawia między różami na miejscu pączka, „czerwona róża rozwija się i pochyla się do mnie" (pokazuje pocztówkę) „takie same, tylko tu u mnie niema pączka i ta róża rozkwitnięta i wychyla się do mnie w powietrzu, a ta kremowa to taka sama jak ta, płaska, jak malowana. Kolory jednakowo żywe"—po 1' 40''— kolory bledną, kwiaty się mieszają, obrazek znika.

Koty 10''. Bezp. „pagórek widzę i z tego pagórka kotek biegnie do tych co na dole, jeden leży, a drugi na nim łapki wyciągnął, czwarty też leży łapki ma wyciągnięte, a tu kłębek czerwony i nitka rozwinięta" (pokazuję pocztówkę), o tu inaczej, tu jak piłka, a tu u mnie takie nitki pokręcone i te koty żywsze", ten teraz głową rusza, jakby się bawił, a ten kotek biegnie do tego, ten na górce był spoczątku daleko i mniejszy, a potem zbliżył się do tych i zrobił się większy, o ten teraz podniósł się i chciał przeskoczyć przez drugiego, ale nie mógł, a ten ogonkiem kręci"; po $3^1/_2$ m. widziany obraz blednie, zmniejsza się, znika.

Futboliści 10''. „Widzę chłopców sześciu, o, ten skacze do piłki, chce dać nogą, podsuwa się i lęka się, teraz biegnie, suwa się jakoś, zbliża się i oddala, coś na niebie leci, to areoplan, już blednie (?), nie widać, na czem chłopcy biegają“— 50' — znika.

Dowolnego przedstawienia ejdetycznego nie udało się wywołać.

Hyperwentylacja 5 minut. Dziewczynka skarży się na ból i zawrót głowy, nie chce dłużej oddychać.

Róża 10''. „Czerwona róża bardzo rozwinięta i żółta róża, a gdzie był pączek, to u mnie listek, one teraz nie jak namalowane, tylko w powietrzu, jakby mnie kto ich w ręku pokazywał, teraz to się unosi coraz wyżej“ (prowadzi oczy do góry) „i już znika“ (2').

Koty 10''. „Widzę kotki ale w powietrzu jakby skamieniałe, nieruchome, ale jeszcze wyraźniejsze jak pierwiej, tylko nie ruszają się — blednie, blednie, znika" (1' 5''), „a teraz widzę jakiś dom, schodki i kotek leży na schodkach, biały“.

Dowolne PE. Matka. Po minucie. „Widzę mamusię, ubrana w niebieski sweter, w białej bluzce w niebieskie kwiatki i zielone listeczki, spódniczka w kratki, uczesana do góry i na uszy, lakierki czarne i pończochy czarne, stoi i jakby na Panią patrzy, posuwa się ale bardzo pomału, jakby po korytarzu — już niema“—150.

Futboliści 10''. „Widzę sześciu chłopców i piłka leci i aeroplan po niebie leci, tu trzy kominy murowane, jeden większy i mniejsze (?); chłopcy mają takie krótkie majteczki, jak do gimnastyki i pończochy do kolan, buty żółte, bez czapek, jeden nogą podbija piłkę, dwóch podbiega, już znika“ (1' 40''). Dziewczynka podaje, że tym razem widziała znacznie wyraźniej.

Innego dnia—badana w kierunku spostrzeżeń ejdetycznych słuchowych.

Dzwonek. 25'' „nie słyszę tylko w myśli“, „o teraz“ (40 sek.) słyszę ale tak leciutko, jakby ktoś ledwo dotknął. Dzwonek“.

„Werciu“ 50'' „o teraz posłyszałam, jakby z tej strony naprzeciw, ale cicho jakby półgłosem“.

Hyperwentylacja 3'': zawrót i ból głowy, objaw Chwostka +.

Dzmonek 1' 3o'' „O ktoś powiedział „Wercia“, głośno od drzwi (10'') O „chodź“ (15'') „a idź“ (kto mówi?) „to Lonia co tu była“ (dzwonek) „oj, tak zadzwoniło od tej strony przeciwnej jeszcze głośniej niż ten“, „na ulicy nie pozwalam dzieciom iść“ (45'') teraz bardzo po cichu ktoś powiedział, „szczur“ i „nie rusz, prędzej idź, ale po cichutku jeszcze ciszej niż „szczur“ (dzwonek) 2'10'' „tylko ledwie, ledwie„ och!“.

Żądanie żeby posłyszała słowo „sosna“ 20/XII „Widzę sosnę na obrazku, nie słyszę słowa tylko szept“ (35'') „o, teraz ktoś powiedział „Sosna“ ''.

Przed hyperwentylacją	Po hyperwentylacji
Koń	Pies
Lew	Tygrys
Słoń	Wielbłąd
Dziewczynka	Chłopczyk

Koń 10'' „Koń wypukły stoi na zielonej trawie (skacze przez przeszkodę) „przez przepaść, stoi nad przepaścią skoczył, stoi“ (jeździec na koniu) „Jakaś czapka na głowie konia“ (jeździec?) „niema“ 1'40''.

Lew 10'' „Lew biegnie dookoła siebie, na szarej ziemi, wypukły“ (małe lwiątko) „nie—tylko chłopczyk, maleńki pastuszek stoi“ (pasie bydło) „nie, znikło„ 1'30''.

Słoń 10'' „Słoń stoi wypukły, stoi na zielonej trawie (?) nie rusza się“ (chłopca posadził trąbą na grzbiecie) tylko ptaszek siedzi na grzbjecie (słoń trąbą macha)—nie, tylko idzie powoli w górę, znikł“. 2'10''.

Ptak w locie 10'' „Ptak fruwa dookoła, skrzydła żółte a ogon czarny, a koło dzióbka czerwono“ (prowadzi oczami), (złapie co? siądzie na drzewie?) (15'') „złapał muchę“ (10''), usiadł na płocie, już nie widać'', 3'.

Dziewczynka 10''. „Dziewczynka na pocztówce, jak narysowana, jak namalowana, nie rusza się, ma pudełko, zawiązane wstążeczką niebieską i różowa, gietry żółte, gałązka zielona i czerwone jagódki, a teraz kartki białej niema i ona chodzi w jedną stronę i w druga i ptaki latają“. Hyperwentylacja 12', objaw Chwostka ++, wstrząśnienia.

Pies 10''. „Pieska widzę, niebieskawy w żółte plamy, ogon spuszczony, na zielonej trawce, teraz biegnie, wkoło ptaki latają i muchy“ (zając?) „nie, ale lis wyszedł z lasu a pies zanim pędzi, lis wleciał do przepaści, teraz wybiegł zając i sarenka, zając biegnie za sarenką, pies za zającem, a za psem myśliwy z fuzją, a za nim dużo myśliwych i tak dużo ptaków, owadów, różnych chrabąszczy, wszyscy pobiegli do lasu, widać tylko las i łąki, już nic“ 2'.

Tygrys 10''. Tygrysa widzę, biegnie za nim sarenka, za saręnką biegnie pies, a za psem biegnie dziewczynka i chłopczyk (tygrys sarenkę łapie) (10''), teraz sarenka zabiegła drogę i tygrys za nią biegnie, teraz staje na dwóch łapach i znowu biegnie, a chłopiec i dziewczynka wołają na psa „Aro“. Gęstę, gęsty las, tygrys patrzy, a tu po tej stronie sarenka między drzewami biega, a tu przepaść, sarna wpadła i potem tygrys, pies skoczył, a dziewczynka i chłopczyk wyciągnęli psa i słychać jak tygrys wyje, a sąrna drapie się z przepaści, a chłopiec i dziewczynka wyciągają, o już teraz chłopiec prowadzi psa, a dziewczynka sarenkę. Idą do domu, a tygrys wyje; już nie widzę „ale to tak wyraźnie wszystko było jak na prawdę, tylko mniejsze“ — 3'. (Zaciska i przeciera załzawione oczy).

Wielbłąd 10''. Bezp: "Wielbłąd—on patrzy jak psy bawia się, biegnie do nich i rozpędza, a one oblatują z drugiej strony '' (na pustyni? na grzbiecie ludzie?) „Widzę dziewczynkę i chłopczyka między głową i garbem, a dalej panienka i pani, wielbłąd jedzie naokoło lasu'' (1').

Chłopiec 10'' 15'' "Tylko ręka i choinka, na choince świeczki palą się, wypukłe'' (zachęcana, żeby zobaczyła coś więcej, odpowiada, że nic więcej nie widzi) 20''.

Hyperwentylacja 5 minut, objaw chwostka +, zawrót, ból głowy.

Wspomnienie chłopca. „Chłopiec w niebieskim palcie, niebieska czapeczka z białym futerkiem, niesie choinkę ze świeczkami, palą się żółtym ogniem (ile?) 7, zaraz, może więcej, policzę (przygląda się) nie, tak siedem“ (?) „wypukłe, ale nie rusza się (idzie?)—teraz idzie po śniegu (słyszy?)—słyszę jak chrupi śnieg pod nogami. Teraz stoi domek i tam dziewczynka i chłopczyk i teraz idą po schodach, dziewczynka niesie koszyczek z cukierkami, a ten chłopczyk tak prędko biegnie, żeby ich dopędzić, oni już weszli i dzwonią, a ten dopiero wchodzi na schody, już ich zapraszają, a ten tak prędko biegnie po schodach żeby ich dopędzić, ale już zamknięte drzwi. Teraz on już wszedł i dzwoni, a dziewczynka jemu otworzyła“.

Ptak 10''. Dziewczynka opisuje dokładnie. „Skacze, muchy łapie“ (poleci?) „leci koło góry, fruwa nad ziemią, a teraz tam las i on na sosnę wsiadł, a koło lasu biegają sarenki, zające, lisy i koń spętany skacze“.

Wspomnienie dziewczynki. Nie może zobaczyć (1').

Wspomnienie dziewczynki. Natychmiast. „Widzę dziewcyynkę ale swoją przyjaciółkę" (opisuje dokładnie ubranie), trzyma rękę w kieszeni, teraz biegnie i dużo dziewczynek z naszej klasy zrobiło koło i ona w kole naokoło biega i dziewczynki śpiewają" (?), słyszy, jak śpiewają i kroki biegajacej dziewczynki.

Przypadek 9-ty. Badanie zaczęte od hyperwentylacji. Z. J. 10 lat. Oddział III-ci. Niezdolna do rachunków. Szpary oczne i źrenice szerokie, oczy błyszczące. Arytmja oddechowa, pocenie się, objaw Moebiusa: tętno 96 (Tyb—B). Dziewczynka podaje że jak co czyta albo o czem myśli, to widzi przed oczami. Czasem przedmioty są wypukłe w kolorach, czasem szare jak cień. Osoby i zwierzęta na obrazie ruszają się, czasem mówią, ale cicho, jakby szeptem. Mówią to, o czem dziewczynka myśli. Obrazy najczęściej i najjaskrawiej widuje na wiosnę i latem. Jak jest jej nudno to myśli o różnych ciekawych rzeczach i wtedy widzi je przed sobą jak żywe. Dotąd o tem nikomu nie mówiła, myślała, że to każdy widzi.

Hyperwentylacja 12 minut. Objaw Chwostka +, objaw Trousseau +, mrowienie w nogach, wstrząśnienia. Bez żadnych wstępnych badań proponuję dziewczynce zobaczyć na ekranie mamusię. Po 25 sekundach wpatrywania się w ekran dziewczynka podaje: „widać głowę w chusteczce czerwonej... i jedna noga... i ręce dwie... widzę całą... teraz okno... kwiaty, o tu na oknie... mama od okna odwrócona w tamtą stronę... coś robi koło garnka... butelkę widzę, słyszę jak mama chodzi... (?) butelka dzwoni, trzyma w ręku... (dziewczynka pokazuje wielkość widzianej matki—25 cm.)—jakby była gdzieś dalej. (?) wypukła, jak żywa".

Następnie pokazywałam szereg obrazków, po których występowały przedstawienia ejdetyczne, w kolorze zasadniczym, trójwymiarowe, ruchliwe, szczegóły nieco odmienne niż na obrazkach (naprzykład: kot w poduszeczce).

20 minut po hyperwentylacji na żądanie wywołania dowolnego przedstawienia ejdetycznego matki, dziewczynka podaje: „Mama idzie w tamtą stronę jak cień, trochę czerwono na głowie ale bardzo słabo" (?)—nie słyszę jak chodzi, (co jeszcze widzi), okno i butelkę" (?) butelka nie dzwoni... na oknie kwiaty... okno jak żywe, a mama ciągle jak cień"... Przedstawienia ejdetyczne po pokazywanych obrazkach zaraz i w pewnym odstępie czasu po hyperwentylacji nie wykazują różnic, natomiast słuchowe wyraźnie słabną.

Zaraz po hyperwentylacji.

Dzwonek. 35". „O teraz usłyszałam, jak zadzwoniło, tylko troszkę słabiej".

„Gieniu"... 20" „O teraz posłyszałam, tylko troszkę słabiej".

Warszawa jest stolicą Polski.—15" posłyszała szeptem.

30 minut po hyperwentylacji.

Dzwonek. Nie słyszy. (1' 30").

„Gieniu". Posłyszała tylko „niu" bardzo cichutko.

Warszawa jest stolicą Polski. Posłyszała tylko „ski".

Przypadek 14. A. S. 9 lat oddz. III. Tarczyca powiększona. Objaw Moebiusa dodatni, arytmja oddechowa, dermografizm różowy, objaw Chwostka + +. Tętno 96 (Typ—BT.). Podaje, że nigdy nie widywała obrazów, przy badaniu wykazuje przedstawienia ejdetyczne wyższego szczebla (V). Z protokułów przytaczam wyjątki dowolnych przedstawień ejdetycznych przed i po hyperwentylacji: przed hyperwentylacją, po trzykrotnem wywołaniu przedstawień ejdetycznych, po pokazaniu obrazka, zaproponowałam wywołać dowolnie obraz matki, którą dziewczynka więcej kocha od ojca i bardziej ją chciała zobaczyć, a po hyperwentylacji obraz ojca.

Matka. 50". O, tu coś w kratkę. Jakby kwadrat brązowy z białym... teraz o tutaj coś jest... jakby bluzka sina w paski... teraz złączona z kwadratem... teraz głowę widzę... na głowie chusteczka biała—(twarz?)—widzę... jakby mamusi... teraz już ręka jest... i druga z tej strony i nogi..., a ten kwadrat to teraz spódnica (?) wszystko *jak narysowane* (?) Usta czerwone (?), patrzy na mnie (?), nic nie mówi (posłuchaj) nic nie mówi stoi jakby narysowana (?), nie zmienia się (3 m. 40 sek.) (Dzwonek). Teraz zmieniła się—jakby dziewczynka duża—sina sukienka w kwiatki białe i w kapeluszu (?), jakby narysowana (?), nie rusza się (?), nic nie mówi.

Po hyperwentylacji (drżenie, objaw Chwostka + + +, objaw Trousseau).

Ojciec. 30" „Majtki... rubaszka... głowa... ręce... nogi... w tę stronę idzie... na mnie patrzy... wypukły... (Mówi?) nie słyszę. Na głowie czapka szara... ubranie czarne... widac jedną stronę twarzy—usta blado różowe, włosy czarne (dzwonek). Teraz idzie po ulicy, domy stoją, drzewa (?) zielone, brama i płot (?), słyszę jak idzie po kamieniach, słońce widać w górze—(co widzi na ulicy?)—ludzie jadą na wozie i koń (?), słychać turkot — (ludzie rozmawiają?) — widać jak rozmawiają, jeden do drugiego odwróciwszy się, ale nie słychać. (9' 20").

W przedstawieniach ejdetycznych wzrokowych przez pokazanie obrazków przed i po hyperwentylacji, wyraźnych różnic nie stwierdza się natomiast różnicę w słuchowych występują wyraźnie.

Dzwonek. 3". „Słychać dzwonek, trochę ciszej jakby za ekranem".

„Olu". 2". „Słychać tak samo z tamtej strony (za ekranem), (?) szeptem (?) jakby kto był, (jest?), może jest, ale nie było nikogo.

„Warszawa jest stolicą Polski". 5 sek. „Słyszę *szeptem*, Warszawa *to* jest stolica Polski", słychać jakby ktoś westchnał, teraz ktoś kalsznął (rzeczywiście w sąsiednim pokoju nauczycielka westchnęła i zakaszlała).

Dowolne P. E. Szczekanie psa. 15". „Głowę widać psa, cały pies, rożdziawiwszy się, stoi... żółty... (?) wypukły... (?) rusza się... teraz słyszę jak szczeka... teraz idzie w tę stronę... leży na ziemi... i już niema.

Miauczenie kota. 7". Uśmiecha się. „O słyszę jakby tam za ekranem (jest?) może jest" (zobacz?) „jakby jest"—ociągając się wstaje, zagląda za ekran, rozczarowana, że niema.

Po hyperwentylacji. Dzwonek słyszy równie wyraźnie jak sygnał. Warszawa jest stolicą Polski słyszy wypowiedziane *głosem*. Szczekanie psa i miauczenie kota słyszy głośniej lecz bez towarzyszących obrazów wzrokowych.

Przypadek 25-ty. P. A. lat 12, oddz. IV-ty. Oczy błyszczące, szpara oczna szeroka, tarczyca wyczuwalna, arytmja oddechowa, objaw Graefego, +, objaw Moebiusa +, dermografizm różowy, objaw Chwostka + +. Zwiększona wrażliwość nerwów czuciowych (Typ—BT.). Przedstawień ejdetycznych nie doznaje nigdy.

Czerwony kwadrat, fiksacja 15". 8" „kropeczka czarna duża".

Zielony kwadrat, fiksacja 15". Bezp. „czerwony kwadrat", (a), 4,8 (b) 4,7 (a— odległość okranu 50 cm., b — odległość ekranu 100 cm.) (Odchylenie od prawa Emmerta).

Dziewczynce pokazano obrazki w następujących parach:

przed hyperwentylacją:	po hyperwentylacji:
Słoń	Lew
ptak	—
jabłko	róże
dzieci	koty

Słoń, ogl. 30''. Bezp. „Ciemny kwadrat... zielony w dole..." (na obrazku słoń stoi na trawie zielonej) „i coś ciemnego w tym kwadracie... podobny do słonia"... (40'').

Ptak, ogl. 30''. Bezp. „Kwadrat ciemny... pałeczka jeszcze ciemniejsza... cień podobny do ptaka" (40'').

Jabłko, ogl. 60''. 10''. „Światły kwadrat i cienie jakieś... to liście i jabłko".

Dzieci, ogl. 30''. Bezp. „Światły prostąkąt... z prawej strony stoi cień... jakby ten dom, czy mur i dzieci... troje (?) bez koloru, jak cienie... (?) dwoje siedzi, jeden stoi... twarzy nie widać.., ten co stoi trzyma jakieś światłe cienie okrągłe (?), nie ruszają się, nie mówią".

Dzwonek. Posłyszała po 40'' cichutko przy samym uchu.

Innych słuchowych nie dało się wywołać.

Hyperwentylacja 10''. Objaw Chwostka + + +, Objaw Trousseau +, Mrowienie.

Lew, ogl. 30''. Bezp. „Kwadrat... jasny cień... do lwa podobny".

Róże, ogl. 30''. Bezp. „Kwadrat jasny... cień podobny do róży... dwie róże ciemne... trochę zielony... jedna róża teraz pokazuje się czerwona... i pączek czerwony... (?) wypukłe... jak żywe... teraz dwie czerwone róże... ruszają się... w bok... to w tę stronę to w tę... gałązki i liście zielone (?) — kwadratu nie widać (?) — zapachu nie czuję (?) — słyszę szelest" — 6' 30''.

Koty, ogl. 30''. Nie widzi nic. 2 min.

Dzwonek. Nie słyszy. 1' 30''.

Hyperwentylacja 5 min.

Tygrys, ogl. 30''. Bezp. „pokazuje się zwierz... prostokątu niema... on brązowy w paski białe... wypukły chwieje się na nogach... idzie... nogami rusza to w tę, to w tamtą stronę... (nie widzi poddawanych jej przedmiotów, dzwonek nie wywołuje zmiany—6' 30''). Słuchowych nie dało się wywołać.

Przypadek 22. A. C. 14 lat. Oddz. IV. Oczy żywe błyszczące, źrenice szerokie. Tarczyca powiększona, tętno 90, arytmia oddechowa, dermografizm różowy. Lekkie drżenie palców (Typ B.). Trzeci rok widuje obrazy: gdy czytaną treść—wtedy obrazy są nieruchome i płaskie, albo treść widzianego poprzednio obrazka — wtedy są one wypukłe ruchliwe, jeszcze ładniejsze niż sam obrazek i bardzo przyjemne.

Czerwony kwadrat, fiksacja 15''. „kropeczka czarna chodzi, koło niej czarne kółka krążą" (ile?) dużo, czarne kółko kręci się, a białych niema czarne kółko chodzi naokoło... przewróciło się... znowu chodzi... przewróciło się... znowu chodzi... idzie do innego miejsca i przewróciło się... kręci się naokoło... idzie noskiem i chowa się „(gdzie?) za materjał"; (jak wyglądało?)—„jak obręcz migało, naokoło kręciło się" (3').

Zielony kwadrat, fiksacja 15''. Bezp. Czerwony kwadrat i kółko czarne... tylko kółko czarne idzie, idzie i stanęło na to samo miejsce... znowu idzie kręci się jak obręcz... przewróciło się i na tej stronie białe kropki... idzie, idzie... stanęło, znikło... (1 min. 5 sek.). Zapytana jak kółko wyglądało, dziewczynka podaje, „krągłe wypukłe jak piłka, na jedną stroną białe, na drugą czarne, jak toczy się to widać to białe, to czarne,

Sylwetka. Fiksacja 15''. 5 sekund. „białe lusterko, koło niego dużo malutkich, kręci się naokoło... znikło... jest znowu... połowa czarna, połowa biała... znikło... jest... idzie do mnie... (?) wypukłe... nie widać... (1' 30'').

Róże czerwone, ogl. 20''. Bezp. Czerwona róża... i żółta i liście... (?) wypukłe, jakby żywe... wychylają się do mnie... na miejscu czerwonej róży nos i oko, a druga przykryta liściem... zęby... (śmieje się)... znowu róża... ale biała na miejscu czerwonej... zmieniły się... biała róża chodzi, przyszła do czerwonej i stanęła na

miejscu... listek od białej róży przyszedł do czerwonej... gałązka połamała się... czerwona róża ogromna, a żółta maleńka... i liście maleńkie... płatki rozchodzą i znowu schodzą się... kręcą się ze sobą... żółta stanęła na czerwonej i chodzą razem".

Lew, ogl. 20". Bezp. „Stoi... bez nosa... uszy nastawił... nogi malutkie... sam duży... chodzi naokoło, paszczę rozdziawił... kłyki widzę, z tyłu włosy, a na przodzie niema... jakby do mie szedł... (Po czem chodzi?)—Po czemś białym... (po lesie?) „nie (puszcza, sarna, lew rzuci się?)" jakaś jama czarna i kobieta z miotłą... i ona patrzy, a on roździawił paszczę i głowa do góry... (ryczy?) „nie... zbliża się do niej, a ona znikła... on koło jamy, a z jamy miotła wychodzi... i drażni... lew chwycił miotłę i pogryzł... i pobiegł do lasu... niesie kij do jamy, a kobieta wyszła z jamy z siekierą... a on chodzi naokoło i ryczy przeraźliwie... Teraz on malutki, a jakiś człowiek wyszedł z domu i chleb daje... a on chleba nie je... człowieka zjadł... i taki pełny zrobił się... idzie do jamy pod lasem, a z tej jamy wyszła kobieta... a nogi miała lwa.. i z ogonem i uszy lwa, stoi i krzyczy jak lew, ale trochę ciszej... i kły ma... stoi koło jamy... ktoś z jamy wciągnął za nogę do jamy... i na to miejsce las... idzie... idzie... i na tej jamie stanęła jodła... już nic". [6']. [Słoń?] 30". „Wyszedł malusieńki słoń... idzie gdzie była ta jama... i zaczął to drzewo kąsać... wyrwał trąbą drzewo, a stamtąd wyszła ta baba ze lwa... i miotłą bije słonia... a słoń ją trąbą... zabił... i znowu stanęło drzewo... słoń poszedł do lasu, tam dużo słoni... i tam poszedł sobie... wyszedł jakiś duży... pewnie jego ojciec... i poszedł... i zobaczył tę kobietę z siekierą... i ona ręką zasłoniła oczy... i pobiegła... znikła... las coraz mniejszy... niema". [3'] [?] „kobieta ubrana była w bluzkę w pasy białe i kropki... spódnica czarna, długa... a na nogach pazury długie jak u kota". [na głowie?] długie włosy, cienkie, brudne, rozpuszczone, ciemno-szare [?],—las zielony [?] słoń szary, a trąba — w takie wałki i cienka" [?], słyszała kroki, i widziała, jak na piasku miejsce zostało po stąpnięciu, i jak trawa gięła się".

Dowolne P. E. Brat. 5". „Ma laskę w ręku szklaną... ubrany szaro... pantofelki na gumach... podniósł laskę i śmieje się do mnie... i mówi: dostałem laskę od pani... ty nie pójdziesz do szkoły, bo nie masz butów, a ja pójdę, i dał mi laskę [dziewczynka podaje, że widzi siebie na ekranie]—ja złamałam... on mówi: „idź sobie" i poszedł do bramy, „a ja zostałam sama i poszłam do szkoły... ale nikogo nie było na ulicy, mnie smutno zrobiło się i poszłam... już nic nie widzę... [3']. [Jak wyglądała ulica, szkoła] „tylko zobaczyłam okno i przez okno naszą klasę, jak dziewczynki siedzą i moja przyjaciółka dała znak i powiedziała: „nie idź, spóźniłaś się"."

Dzwonek. 15". Widzę dzwonek i ręką [?] w powietrzu i tak samo zadzwoniło". [Zobaczyła przed ekranem].

„Andziu". 10". „ktoś mnie woła i widzę czyjeś usta jak mówią", (wskazuje miejsce w powietrzu].

Warszawa jest stolicą Polski. 10". „Słyszę to samo i zobaczyłam twarz Pani, jak Pani to mówi".

Szczekanie psa. Bezp. „Widzę psa na ganku i on szczeka, patrzy w przestrzeń ponad ekranem [badająca, wskazując ołówkiem w kierunku wzroku dziewczynki, żąda dokładnego zlokalizowania postrzeżenia] „dalej trochę... o dotyka Pani... a on dał łapą... po ołówku".

Hyperwentylacja 10'.

Dowolne. Matka. „Widzę w pokoju... i ja weszłam... mama pyta się jak tam w szkole, a ja mówię: nic; jak lekcje, ja mówię: dobrze, mama mówi „rozbieraj się idź do kuchni i jedz obiad", mama dała mleka i bułkę [?] „czuję smak jakbym sama

jadła". Ciepłe mleko od krowy i czerstwa bułka,... nie zjadłam i poszłam do koleżanki,.. na ulicy spotkałam koleżankę... i ona mówi—chodź będziemy lekcje robić, a ja mówię—za mały stolik, a ona mówi—„to nic"; poszłyśmy, siadłyśmy przy stoliku, i ta dziewczynka znikła, a w książce, którą czytam, zobaczyłam koleżankę taką samą "[podaje szczegóły jak wyglądała]", teraz zamiast koieżanki czerwone jabłko.,, potem patrzę i ona stoi koło stolika... i mówi napisz „do", a ja mówię, kiedy ja nie umiem... a ona mówi: jakżeż, przecie słyszałaś jak Pani mówiła... ona mnie pokazuje... schowała zeszyt... ona idzie do ogrodu, a ja zostałam... ona przyniosła jabłko i dała mi, ja zaczęłam jeść, ale ono kwaśne i robaczywe... [czy czuje smak?]... jakbym sama jadła.. wyrzuciłam jabłko... a ona powiedziała: chodźmy do ogrodu bawić się w nauczycielkę, ale ja nie zechciałam, to ona pociągnęła za rękę, posadziła na ławce i zerwała kwiat żółty i dała, ale ten kwiat nieładnie pachnął, ja nie zechciałam, to ona poszła drugi rwać i znikła,.. i posłyszałam głos matki... krzyczy „a żeby was licho", poprawiła klomb i poszła sobie... a ja posiedziałam i poszłam do domu na swoje łóżko i położyłam się". [6'].

Smak jabłka czuła bardzo wyraźnie, na żądanie ażeby poczuła smak cukierka. podaje, „że czuje bardzo wyraźnie i że odczuwa tę samą przyjemność, jakby go jadła naprawdą". Dziewczynka podaje, że widzi teraz znacznie wyraźniej i żywiej, głosy słyszała lepiej, przerywa rozmowę z lekarzem i mówi, że widzi teraz co innego, „Ogród... Sąsiedzi i dwie krowy... bardzo wyraźnie... o wiele wyraźniejszy niż tamten las z lwem... krowa wstaje, podchodzi do gospodarza koło bramki... i ryczy [porównaj szczekanie psa i ryk krowy]—„tamto było jakoś pomału, a krowa głosem wyraźnym.

Warszawa jest stolicą Polski. Bezp. Słyszy to samo znacznie wyraźniej niż za pierwszym razem.

Dzwonek. Bezp. Słyszy lepiej (?) „tamto było jakoś pomału".

Czerwony kwadrat. Fiksacja 15'. Bezp. „Czerwony kwadrat" (5'').

Dotyk zimnem[1]). Bezp. „Czuję teraz ale słabiej".

Dowolne PE. Smak cukierka. Nie może poczuć (40 sek.)

Smak mleka. Nie może.

Kwaśne jabłko. Nie może.

Zapach żółtego kwiatu. Bezp. Żółty kwiat widzi, zapachu nie czuje.

Protokuł 23. W. K. 11 lat; oddz. IV. Powieki szeroko rozwarte źrenice szeszerokie, wyraz spokojny, tarczyca powiększona, Dermografizm różowy, pocenie się, zmienne czucie temperatury, tętno 72, arytmja oddechowa bardzo nieznaczna, pobudliwość nerwów czuciowych wzmożona. Zrywanie się i strachy nocne, drgawki w dzieciństwie. Obrazów nie widywała. (Typ-BT).

Czerwony kwadrat. Fiksacja 15 min. 15''. „Czarny, niewyraźny jak cień" (?) większy... poszedł do góry, znikł „(10 sekund); a) 4.5, b) 2.8 (10 sek.).

Czerwony kwadrat; oglądanie 20 sek. 10 sek. „Kropka biała.. kwadrat czarny (?) cień niewyraźny przesuwa się" (30 sekund).

Sylwetka Fiksacja 15 sek. 20 sek. „Coś posuwa się... czarny cień (?), nieforemny kształt (?), niewyraźne granice".

Sylwetka, ogl. 20 sek. 15''. „Kwadracik czarny mniejszy... kropki białe na czterech rogach wystają.. granice wyraźne... posuwa się... (25 sek.)

---

[1]) Badanie przedstawień ejdetycznych czucia skórnego badałam w ten sposób, że przy zamkniętych oczach dotykałam metalową stroną zegarka lub ręką policzka i żądałam by mi dziecko powiedziało, kiedy poczuje dotknięcie po stronie przeciwnej.

Przed hyperwentylacją:	Po hyperwentylacji:
Lew	Słoń
ptak	papuga
róże	jabłko
dzieci	koty
futboliści	przeprawa

Lew, ogl. 25''. 5'' „Prostokąt mniejszy (od pokazanego) jasno szary... w środku czarny prostokąt... na nim cień, jasny zwierz... (zmierzony cyrklem podług wskazań dziewczynki CC-2 cm. wszystko jak cień). (10'')

Ptak, ogl. 25''. 6'' „biały jak drzewko stoi... na dole czarne... jak topola... (?)" jak naklejone... (?) stoi na miejscu... (czy pomyślała o drzewku?)... jak Pani odjęła ptaszka, to pomyślałam, że na topoli siedzi i zobaczyłam"; (czy nie widzi ptaka?) 20''—„przeleciał i znikł (?) Szary, biały dziób... jak cień". (Narysowała widzianą topolę).

Róże 25'' „Biały prostokąt i zółta róża [?] prostokąt odstaje, a róża narysowana"

Dzieci, ogl. 25''. 15''. „Dziecko... i jakby dom... znikło... pocztówka jak cień żółta ściana, dom z oknem... żółte... i j edno dziecko w żółtem ubraniu... twarz zamglona rysów nie widać".

Futboliści, ogl. 25''. 8''. „Pocztówka... odstaje, biała... trochę zielonej trawy... jakby staw... na niej dwóch chłopców... zamglone bez koloru... chłopiec i piłka jak cień

Słuchowe. Dzwonek. Nie słyszy. 1'.

Dzwonek. Nie słyszy.

„Werciu". 20'' „szeptem koło ucha „Werciu" posłyszała.

Dzwonek. 30''. „Leciutko dzwonek przy samem uchu.

Smakowe. Kwaśne jabłko. 15''. Uśmiecha się „Poczułam, jakby kwas ściągnął gębę".

Dotyk zimnem. 20''. Czuję trochę słabiej, króciótko".

Zapach róży. 20''. „Lekko, lekko, jakbym tylko jeden listeczek wąchała". [?] czuje dotyk płatka do nosa.

Hyperwentylacja. 3''. Silne drżenie, kurcze, objaw Trousseau.

Koty ogl. 25''. Bezp. „Zielone kółko i sznurek".

Jabłko, ogl. 25''. 10'' „pocztówka wystająca... jabłko żółte... i liście szare jak narysowane... posunęło się do góry".

Słoń, ogl. 25''. Nic nie widzi.

Hyperwentylacja 4'. Silne drżenie.

Papuga, ogl. 25''. Bezp. „Kropka czarna, jakby drzewo... szare... pień... dziura i koło dziury zajączek [?], wypukłe [?]—nie rusza się—[czy pomyślała o zajączku ?] czytała książkę, jak zajączek kłócił się z papugą.

Przeprawa, ogl. 25''. Bezp. Woda [?] „jak prawdziwa... na niej łódka... na łódce dwa konie jakby szły... na jednym człowiek w żółtem; a na drugm nie... jak żywe [?], słyszy lak woda pluska... znikło.

Dowolne P E. Mamusia. 10''. Stoi Mamusia... jak żywa... z parasolem... nad głową otwarty".

Dzwonek. 10''. Posłyszała głośniej niż poprzednio i dalej.

Werciu. 12''. „jakby ktoś głośno zawołał z przeciwnej strony z podwórka".

Kwaśne jabłko. 10''. (krzywi się) „usta bardzo ściąga".

Cukierek. 15'', „słodki, jak prawdziwy migdałowy".

Hyperwentylacja. 4' Drżenie.

Tygrys. 25". „Tego tygrysa widzę...(?) wypukły... chodzi... ryczy... jak żywy... szczerzy zęby... znikł.

Futboliści. 25" Bezp. „cała łąka... trawa, jak prawdziwa... 4 chłopców, jak żywi... jeden piłkę podrzuca do góry... drugi biegnie... trzeci tak stawia nogi, jakby przez co przeskakiwał... wołają głośno „piłkę".

Dotyk zimnem. Wyobrażony z przeciwnej strony czuje tak samo jak rzeczywisty.

Dotyk ciepłem. Tak samo.

Zapach róży. 10". „Jakby cała róża mocno pachniała".

Słoń. 25". Bezp. „Słoń stoi na trawie, posuwa się, trochę zamazany".

Futboliści, ogl. 25". Bezp. „Sześciu chłopców jak pocztówki narysowane... ruszają się trochę na jednym miejscu".

Po 20 min. przerwy, ogółem 30 min. po hyperwentylacji:

Futboliści, ogl. 25" Bezp. „Pocztówka jak narysowana—łąka i chłopiec siedzi na łące i trzyma piłkę". Wszystko, jak narysowane.

Przypadek 27. M. G. 10 lat; oddz. IV. Oczy żywe błyszczące, źrenice szerokie, tarczyca wyczuwalna, tętno 102. (Typ — B).

Od 7-miu lat widuje obrazy, z początku jak cienie, teraz kolorowe, ruszające się, jak żywe; nie słyszy. Widuje częściej zimą „jak nie mam co robić, to myślę"— „o czem długo myślę to i zobaczę". Jak się przygląda obrazkom w książce, a potem patrzy na litery, to nie widzi liter tylko ten sam obrazek.

Czerwony kwadrat. Fiksacja 15". Bezp. „Zielony kwadrat, jak naklejony... zmniejszył się... zwiększył się... idzie do góry... na doł... coraz bledszy, rozchodzi się mglisty, szary..., znika". (40").

Kwadraty zielony i żółty widzi w uzupełniających kolorach, jak naklejone.

Czerwony kwadrat. Fiksacja 15". Bezp. „Zielony naklejony a) 4,8 — b) 5,4 — c) znikło.

Sylwetka. Fiksacja 15". Bezp. „Białe cienie niewyraźne... człowiek, walizka lustereczko wypada... drugi człowiek i jeszcze coś na dole".

Sylwetka... ogl. 15". Bezp. „Walizka, wóz... ten co pcha i kobieta... koło wozu na dole 2 pieski [?] białe.

Przed hyperwentylacją	Po hyperwentylacji
Lew	Słoń
ptak	papuga
jabłko	róże
dzieci	koty.

Lew, ogl. 20". Bezp. „Ogon i tułów [?] wypukłe, jasno żółte". [15"].

Ptak, ogl. 20". Bezp. „Główka biała, dziobek czarny... znikł. [15"] [?] trochę ruszał... [?] nie słyszała nic.

Jabłko, ogl. 20". Bezp. „Czarne jabłko, jak cień" [10"].

Dzieci, ogl. 20". Bezp. Wszystkie troje dzieci jak żywe... śnieg i mur... dwoje siedzą... a jeden śnieżki rzuca... [Lecą?] nie, ale trzyma jakby rzucał... o teraz rzuca... śnieżka poleciała [?]... nic nie woła... o! teraz jakby woła... [nuci], (słów nie słyszy).

Futboliści, ogl. 20". Bezp. „Chłopcy latają... siedmiu... biegają... [kolor?] trawa szara... koszulki niebieskie, cielisty kolor rąk i nóg... zmieniają miejsca... futbol podbiega do góry i na dół.. jeden nogą podrzucił.

Dowolnego obrazu matki nie mogła wywołać.

Dzwonek. Bezp. Słyszy trochę słabiej w tej samej stronie, trochę niżej.

„Gieniu“. „ „ „ „ „ „ „ „ „

„Warszawa jest stolica Polski“. Bezp. „Trochę słabiej i z tyłu. Tam, gdzie Warszawa“.

Dotknięcie zimnem. 5”. Czuje bardzo słabo.

Dotknięcie ciepłem. Bezp. „ „ „

Smak kwaśnego jabłka. 3”. „Czuję, ściąga, ale nie bardzo kwaśne, takie winne“ krzywi stę.

Cukierek. 2”. „Czuję—dobry—czekoladowy“, połyka ślinę.

Hyperwentylacja 10 minut. Objaw Chwostka +, zawrót głowy.

Słoń 20”. Bezp. „Nogi... ogonek... trąba... cały idzie... powoli, ale wielkie kroki... idzie tam, to tu... trąbą rusza, [Las?]“ o widzę drzewo tu i tu... i słońce... on idzie [co słyszy?] kroki jego i las szumi (objął trąbą gałąź ?) „zerwał trąbą kwiatek i wsunął do trąby... (myśliwy?)... z daleka z tej jasności jakby skała... między lasem idzie człowiek ze strzelbą... podszedł do słonia... słoń wziął jego trąbą... nie widzi człowieka... słoń co raz większy... las ciemnieje... ginie... tylko słoń chodzi po trawie... od tej strony do tej“ (30”) Dziewczynka podaje, na zapytanie badającej, że zanim zobaczyła górę i człowieka, przypomniała sobie powiastkę, w której człowiek schodził z góry.

Papuga zielona 20”. Bezp. „Papuga... zielona siedzi na drzewie... odstaje gałązka i papuga rusza skrzydełkami... a teraz jasność i wiatr szeleści lasem“ (?) „papuga w głębi lasu... coś mówi (?)... niewyraźnie... sfrunęła na prawą stronę... tylko las został... las ginie, tylko jasność (?) od słońca... ginie“. 1’ 10”.

Róże 20”. Bezp. „Róża rośnie na krzaku... ciemna różowa, a druga biała na jednym krzaku... w ogródku... parkan widać... i dziewczynka idzie z konewką... ale niewyraźnie—jak cień (?) krzak róży wypukły... grządki.., kwiaty... (co słyszy?) dziewczynka nuci, taką piosenkę co ja znam i mówi „jak bukiet zerwę dla mamusi“... podlała różę... dziewczynka znikła... tylko róża została jak na pocztówce... krzaku niema (1 min) (?)... róże pachły... czerwona herbatą... biała jak lilja“.

Koty ogl. 20”. Bezp. „Kotki latają... cztery... za myszą pędzają się.. i ta myszka chowa się koła tego jabłka czy, co tam leży... a teraz pobiegła w tę stronę... a teraz w tę... a kotki pędzą i miauczą ale cicho słyszę jak myszką biega... do dziurki schowała się... z pieca 3 koty skoczyło... (nie widziała jak wskakiwały na piec ?) piec kaflowy i zniżony jakby w ziemię wpadł... a jeden kot ukazał się w jasności... siedział skurczony... skoczył i już nie widać“.

Dzwonek. Bezp. „Ale taki wyraźny... taki sam głos tylko krótszy i trochę niżej“.

„Gieniu“. Bezp. „O też bardzo wyraźnie, dwa razy posłyszałam“.

Dotknięcie zimnem. Bezp. „Czuję słabiej, ale bardzo wyraźnie.

Dotknięcie ciepłem. „ „ „ „ „ „

Dowolny. Mamusia. 15”. „Moja mamusia pierze bieliznę i moja siostrzyczka maleńka koło stolika chodzi... całą kuchnię widzę... drzewo leży... przez okno ogródek ale nie bardzo wyraźnie (?) wypukłe, ale jak w cieniu... już nie widzę... tylko bluzka btała i sukienka siostrzycki... (?) wszystko szare, ale ogród zielonkowaty.

Smak kwaśnego jabłka 5” Krzywi się. „Oj, ale takie kwaśne... jakbym ugryzła... (15”)... (już nie czuje?) jeszcze trochę jakbym połknęła i jeszcze smak został... już nie czuję... [20”].

Smak cukierka 15" „O czuję taki dobry miętowy cukierek... tak zimno robi się... (zakrywa ręką usta)—15"—jeszcze trochę... już nic".

25' po hyperwentylacji.

Wielbłąd, ogl. 20". Bezp. „Biały na różowem tle... (?), wypukły (?), trochę rusza się... (pustynia?)"... jakiś pagórek... jak cień... (człowiek?)... jakiś punkcik... jakby człowiek... podszedł do wielbłąda... cały czarny jakby cień... (wielbłąd klęka, człowiek siada?)... trochę przechylił się i człowiek usiadł... i wielbłąd daleko poleciał... (1'50").

Krowa, ogl. 20". Bezp. „Krowa takiego samego koloru idzie i ryczy... wierzga nogami i idzie... skubie trawkę... chłopczyk przyszedł, wziął za sznurek i prowadził... (40").

Dowolny. Mamusia. Bezp. „Jeszcze wyraźniej... gdzieś idzie... chustką okryta cała szara... tylko lakierki wyraźnie i pończoszki cieliste... chusta w kraty... twarz szara... drzewa zielone... ulica, nasz parkan, i obok drugi... jeden czerwony, drugi niebieski... tam budynek gdzie mniszki... już mamusia znikła... wszystko w cień zmienia się... nic" (2').

Ptak, ogl. 20". Bezp. „Szary... blady... nie widzę dobrze... tylko skrzydełko z prawej strony i dziubek... trochę rusza... i nóżki... teraz cień szary i nic". (15").

Tygrys, ogl. 20" Bezp. „Widzę jego ale jak cień... gębę rozdziawia... (?) nie idzie (las?) „jasność koło niego...(?) wypukły ale nie bardzo... szary... nogę postawił... rozchodzi się, tylko głowę widać...".

Konik, ogl. 20". Dziewczynka przy pokazaniu obrazka wykrzyknęła „o jaki ładny" Bezp. „Bardzo niewyraźnie... nogi tylko, głowa i ogon... i siodło... jak naklejony (?)... brązowy i na różowym tle—(biegnie?)... rży... poleciał i znikł... (?) na samym końcu zrobił się wypukły i pobiegł".

Słoń, ogl. 20" Bezp. „Cień jego, ani lasu, ani nic... jak naklejony" (?)... nie rusza się (idzie?)... nie idzie... jasność tylko nad nim... niema — 40".

Dowolny. Siostrzyczka. 10". „Widzę w kołysce... ona niewyraźnie... poduszeczka... kołysze się sama... rączką rusza... słyszę jak skrzypi... wstała, poszła... (twarz widziała wyraźnie ale zaraz znikła)

Przytoczone przykłady zniewalają do wnioskowania, że przedstawienie ejdetyczne jest istotnie postrzeżeniem, a nie jedynie żywem plastycznem wyobrażeniem, jak je oceniają niektórzy sceptycy. Samo zachowanie się badanego podczas eksperymentu trudno tłomaczyć choćby jaknajżywszemi wyobrażeniami. Badany z całą uwagą i naprężeniem zmysłu wzroku przygląda się ekranowi, prowadzi oczami w kierunku ruszających się przedmiotów widzianych, nieraz przybliża głowę do ekranu dla dostrzeżenia jakiegoś niewyraźnie występującego szczegółu, wskazuje dokładnie palcem miejsce postrzeganych przedmiotów, potrafi je dokładnie wymierzyć cyrklem. Po dłuższem przyglądaniu się występują objawy zmęczenia zmysłu wzroku, zaczerwienienie i łzawienie. Często przy ponownem pokazaniu obrazka, doznając przedstawienia ejdetycznego tego samego obrazka po poprzednim pokazaniu go, badany podaje, że widzi dwa obrazki, wskazuje dokładnie różnicę między nimi, przytem przed-

stawienie ejdetyczne widzi nieraz żywiej niż rzeczywisty obrazek. Do szczególnie przekonywujących zaliczam te obrazy, które badany widzi w połączeniu z rzeczywistymi i w stosunku do których przedstawienia ejdetyczne zachowują wszystkie cechy przedmiotowe takiego samego postrzeżenia. Jedna z dziewczynek (przyp. 22), która w samorzutnem przedstawieniu ejdetycznem widzi swego psa w powietrzu, gdy śledząc za wzrokiem dziecka wskazuję ołówkiem, żądając by określiło dokładnie umiejscowienie obrazu, dziewczynka wkońcu podaje, „teraz dotyka Pani, a on dał łapą po ołówku", inna dziewczynka (przyp. 1), która, słysząc orkiestrę, widziała maszerujących uczni w przestrzeni pomiędzy sobą i badającą, zapytana, czy mnie widzi, odpowiedziała, „Panią widzę, jak przez uczni miga się". Dziewczynka która miała za zadanie wywołanie przedstawienia ejdetycznego węchowego (róża), zobaczyła przed sobą bukiet róż i lewkonji (czując jednocześnie ich zapach), tak że bukiet zakrywał twarz badającej i dziewczynka dokładnie opisywała, które części twarzy i w jakim stopniu są przez kwiaty przykryte. Jeszcze inna (przyp. 45) na żądanie wywołania przedstawienia ejdetycznego smakowego (czekolady), zobaczyła na stole tabliczkę czekolady, czując jednocześnie jej smak; gdy badająca, palcem wskazując, żądała od badanej dokładnego określenia, w którem miejcu znajduje się czekolada, dziewczynka podaje, „o teraz palec włazi w czekoladę", gdy zatrzymałam palec, „teraz jakby palec, zastygnięty w czekoladzie".

Zaznaczam, że dzieci same doskonale precyzują różnicę pomiędzy przedstawieniem ejdetycznem i zwykłem wyobrażeniem. Niezwykle często, gdy im się nie udaje wywołać przedstawienia ejdetycznego, dzieci odpowiadają „w myśli dobrze widzę, ałe w oczach nie mogę", albo „w myśli słyszę, ale tak nie". podczas gdy te same dzieci w innym wypadku dokładnie precyzują kierunek, nasilenie głosu i inne szczegóły przedstawień ejdetycznych, niektóre dzieci, wymieniając, co słyszą narówni z przedstawieniem ejdetycznem, wymieniały rzeczywiste postrzeżenia słuchowe, naprzykład, kaszel i westchnienie z sąsiedniego pokoju lub dzwonek na przerwę. Podobne rozróżnianie przez dzieci zjawisk ejdetycznych od zwykłych wyobrażeń tyczyło się i innych zmysłów: „w myśli mam ten smak i ślinę pędzi, ale na języku nie czuję", podczas gdy przy doznawaniu przedstawienia ejdetycznego dziewczynka dokładnie je określa: „O teraz ślina kwaśna", (krzywi się przy tem) albo: „czuję smak jabłka, ale nie bardzo kwaśne, takie winne", „jabłka samego w ustach nie czuję, ale jakbym już je zjadła i smak pozostał", „czuję smak

landrynka i jak cukierek obija się o zęby". W dwóch przypadkach, w których dzieci doznawały szczególnie jaskrawych przedstawień ejdetycznych smakowych, podawały mi, że przyjemność jaką odczuwają przy doznawaniu przedstawienia ejdetycznego i przy rzeczywistem doznawaniu czucia smaku jest jednakowa. Jedna z nich podawała, że, jeżeli coś bardzo, bardzo chce zjeść, to zawsze poczuje ten smak na języku zanim weźmie do ust. To samo da się powiedzieć i o przedstawieniach ejdetycznych węchowych. Jedna dziewczynka naprz. podawała mi, że czuje zapach róży, ale słabo, „tak jakbym tylko jeden płatek róży wąchała" i czuje ten płatek róży przy nosie (przyp. 23).

Co się tyczy stosunku badanych osób do doznawanych przedstawień ejdetycznych pod względem oceny ich rzeczywistości (mam na myśli tylko te najbardziej plastyczne PE), to jest on przeważnie całkowicie krytyczny. Dzieci określają, że są one „ale to zupełnie jak prawdziwe", że jednak nie są prawdziwe, gdyż wiedzą, że są z ich „myśli" i skąd mogłyby się tu wziąć te wszystkie widziane przedmioty, osoby, zwierzęta i t. d. Jedna dziewczynka opowiadała, że jak czytała powiastkę o dziewczynce i nikogo nie bylo w mieszkaniu, to widziała jak ta dziewczynka chodziła po pokoju,, inna podaje, że gdy odrabia matematykę, to widzi zawsze przed stołem nauczycielkę matematyki i swoją przyjaciółkę przy tablicy, która pisze na tablicy to, co badana przerabia w kajecie; są te osoby „jak prawdziwe", ale dziewczynki wiedzą, „że są z myśli", albo „z czytania" i że nie mogły być w pokoju skoro nie wchodziły. Ten krytycyzm w ocenie przedstawień ejdetycznego jako zjawiska podmiotowego zawodził jednak czasem zwłaszcza w stosunku do przedstawień ejdetycznych słuchowych, budząc wątpliwości co do ich wyłącznie podmiotowego charakteru. Nieraz dziewczynki, słysząc powtórzenie wołania po imieniu, zapytywały, „a może to naprawdę mnie kto wola". Jest to zrozumiałe poniekąd z tego względu, że w zastosowaniu do przedstawień ejdetycznych słuchowych zwłaszcza, jeżeli chodzi o wołanie po imieniu, odpada jeden czynnik, różniczkujący je od rzeczywistych postrzeżeń, a mianowicie ich fizyczna niemożliwość.

Co się tyczy przedstawień ejdetycznych wzrokowych, to wprawdzie jedna dziewczynka zwracała się „o proszę niech Pani zobaczy", a inne wykazywały jakby zakłopotanie i zdziwienie, gdy im mówiłam, że ja nie widzę tego wszystkiego co mi opowiadają, to jednak na prowokujące żądanie, żeby sięgnęły po różę, widzianą „jak żywą", złapały biegającego kota lub zobaczyły za ekranem szczekającego

psa, zachowywały się odpornie, odpowiadając naprz. „ja wiem, że nie złapię, bo jego naprawdę niema", albo „to ja widzę tylko z myśli". Niektóre wprawdzie sięgały ręką usiłując pochwycić widziany przedmiot, jednak zawsze wykonywały to polecenie z pewnym ociąganiem się, wahaniem i niepewnością. Z ostatnich faktów nie wyciągam wniosku, że dziewczynki te wierzyły w rzeczywiste istnienie widzianych przedmiotów; ich uległość względem żądania badającej kładę raczej na karb pewnej suggetywności dziecinnej. Samorzutne zachowanie się dzieci prawie nigdy nie wykazywało przekonania, żeby widziane podczas doświadczeń obrazy, jakkolwiek tak jak prawdziwe, były uważane za rzeczywiste.

Jednak niektóre zeznania badanych dzieci, jak również niektóre przypadki opisane w literaturze, pozwalają stwierdzić, że czasem przedstawienia ejdetyczne są oceniane przez osoby doznające je, jako postrzeżenie rzeczywiste, a to w tych wypadkach, jak mi się daje, gdy doznawne przedstawienie ejdetyczne nie stoi w sprzeczności z prawami fizycznemi. Gdy dziewczynka po przejściu orkiestry uczniowskiej zobaczyła ponownie na ulicy grających i maszerujących chłopców, zawołała na brata, aby spojrzał — podczas gdy dotąd o swoich obrazach, w których widzi to, co myśli, nigdy nikomu nie mówiła. Opisane przez *Hofego* przedstawienia ejdetyczne u pewnego profesora medycyny, również noszą to znamię rzeczywistości. Widuje on mianowicie przedmioty w miejscu, w którem się je spodziewa zobaczyć (naprz.) instrument na jego stałem miejscu, z którego został przeniesiony i t. p.; widzi je tak realistycznie, że dopiero dotykiem przekonywuje się, że miejsce jest puste; widuje też różne zjawiska, których oczekuje, a które w rzeczywistości jeszcze nie zachodzą. Krytycyzm ten jednak zjawia się natychmiast, gdy ejdetyk za pomocą innego zmysłu lub sądu innej osobą przekonywa się o nierzeczywistości postrzeżonego przedmiotu.

To znamię rzeczywistości podkreślają u swych pacjentów *Brezowski* i *Fischer z Welkiem*, zwłaszcza przekonywujący jest wypadek *Brezowskiego* (psychopatja konstytucjonalna z usposobieniem ejdetycznem), bo zachowanie się młodocianych pacjentów *Fischera* nie przekonywa nas o tem całkowioie, zaznacza to zresztą i sam autor, który brak krytycyzmu w stosunku do przedstawień ejdetycznych tłomaczy momentem wzruszeniowym i życzeniowym psychopatycznych osobników, przyjęcia za rzeczywistolć wywołanych postrzeżeń ejdetycznych.

Stosunkiem przedstawień ejdetycznych do różnych rodzajów omamów zajmowali się wyżej przytoczeni autorowie *Brezowski*,

Fischer z Welkiem i *Fischer z Hirschbergiem.* Ci ostatni w swej pracy nad stopniem rozpowszechnienia usposobienia ejdetycznego u dzieci wrocławskich, zaliczają przedstawienia ejdetyczne do kategorji omamów rzekomych, na tej podstawie, że tak samo jak w omamach rzekomych towarzyszy tym zjawiskom przeświadczenie (dispositionelles Wissen), że nie powoduje ich żadne podrażnienie zewnętrzne.

W innej pracy w wyniku stwierdzenia u swych młodocianych pacjentów (wątpliwego zresztą) znamienia rzeczywistości, towarzyszącego przedstawieniom ejdetycznem. *Fischer* nazywa je nową postacią omamów zmysłowych i wyznacza im trzecie miejsce w szeregu: 1) niepsychopochodne omamy, 2) psychopochodne omamy, 3) przedstawienia ejdetyczne ze znamieniem rzeczywistości (subjektive optische Anschauungsbilder mit Realitätscharakter), zaznaczajec, że ich rozgraniczenie z drugą grupą omamów jest często trudne.

Brezowski wypowiada zdanie, że przedstawienia ejdetyczne nie są odrębnem zjawiskiem od omamów i że powinny być uważane bądź jako omamy prawdziwe, bądź jako rzekome.

Wydaje mi się, że zespół cech przedstawień ejdetycznych jest dostatecznie charakterystyczny i wyróżniający od innych rodzajów omamów zmysłowych, żeby im wyznaczyć odrębne miejsce i rozgraniczyć je od omamów rzeczywistych jak i od omamów rzekomych.

Zasadniczą cechą, odróżniającą przedstawienia ejdetyczne od jednych, jak i od drugich, widziałabym w tem, że są one wywoływane uwagą skierowaną dowolnie lub niewolnie na obrazy pamięciowe, które stają przez to w ognisku świadomości, jak też ustępują przy odwróceniu uwagi. Po za tem od omamów rzeczywistych wyróżnia je krytycyzm i świadomość doświadczającej osoby, że zjawisko to jest czysto podmiotowe pomimo wszystkich cech postrzeżenia rzeczywistego. Cecha ta wprawdzie czasem zawodzi bądź dzięki sprzyjającym warunkom zewnętrznym w jakich pojawiają się przedstawienia ejdetyczne, bądź w powikłaniach psychopatycznych. W pierwszym wypadku jednak łatwo jest ją obudzić za pomocą sprawdzianów ze strony innych zmysłów lub sądów drugich osób. Od omamów rzekomych (*Kandinskiego*) natomiast po za wymienioną różnicą zasadniczą, odróżniają się one jeszcze tem, że znajdują się w przedmiotowem polu widzenia, jak nazywa *Kandinski*, w przeciwieństwie do podmiotowego pola widzenia, w którem pojawiają się omamy rzekome widziane jakby okiem wewnętrznem. Jeżeli dodamy do tego, że przedstawienie ejdetyczne jest zjawiskiem fizjologicznem właściwem pewnemu wiekowi, to będziemy mieli zespół cech, pozwalają-

cych postawić przedstawienie ejdetyczne na zupełnie odrębnem stanowisku w stosunku do omamów rzeczywistych i rzekomych.

Jednoczesne występowanie tych dwóch cech mianowicie 1) to, że treścią doznawanych przedstawień ejdetycznych są wyobrażenia absorbujące uwagę doznającej osoby oraz 2) świadomość, że widziany obraz jest postrzeżeniem własnego wyobrażenia, zjawiskiem czysto podmiotowem, a przytem naturalnem, sprawia, że ejdetyk w przeciwieństwie do halucynanta nie ulega w swem postępowaniu wpływom doznawanych zjawisk. Obrazy widziane nie emocjonują go, jako zjawiska dziwne, niezrozumiałe. Jeżeli wśród omamów rzeczywistych zdarzają się czasem takie, które objektywizują najżywotniejsze wyobrażenia chorych, absorbujące ich uwagę w chwili doznawania omamów, to brak im krytycyzmu, że są to zjawiska podmiotowe: np. parafrenik, który słyszy głosy nakazujące mu postąpić tak, jak sam zamierzał, twierdzi, że wrogowie wyciągnęli mu myśli z głowy i, powtarzając, naigrawają się z niego. Niezmiernie rzadko występujące ugłośnienie myśli w czystej postaci jak to miałam sposobność obserwować, w której występują obie powyższe cechy wyobrażeń ejdetycznych jest może, jak to w rozważaniach nad tym przypadkiem zaznaczyłam, zjawiskiem pokrewnem przedstawieniu ejdetycznemu, wywołanem warunkami w danym wypadku zatruciem alkoholem, które zniwelowały pomiędzy wyobrażeniem i postrzeżeniem granicę nabytą przez rozwój gatunkowy i indywidualny.

Zjawiska ejdetyczne były dotąd niejednokrotnie sporadycznie notowane: jedne z nich opisywane jako rzadkie fenomeny pamięci zmysłowej, dodatnie doznawanie następcze lub jako fantazmaty, które *Johanes Müller* opisał jako „phantastische Gesichtserscheinungen [1])". Przedstawień ejdetycznych doznawali również Goethe i Leonardo de Vinci. Wśród artystów są one zjawiskami częstemi, tylko, że zeznania artystów, że widzą przed sobą osobę potretowaną czy malowany przedmiot lub słyszą utwór komponowany, były dotąd interpretowane jako bardzo żywe plastyczne wyobrażenia.

Kroh w swej pracy o ejdetykach wśród petów niemieckich daje niezmiernie ciekawy materjał, świadczący o ich przedstawieniach ejdetycznych.

Zbadany materjał, próbowałam klasyfikować podług 5-ciu grup nakreślonych przez *Jaenscha.* zaznaczam jednak, że podział ten nie może mieć żadnego znaczenia statystycznego pod względem rozpo-

---

[1]) Które zresztą zdają się nieco różnić od typowych przedstawień ejdetycznych.

wszechnienia tych własności u dzieci wileńskich, a to dla tego, że do pierwszych badań wybierałam z klasy dziewczynki, które same się zgłosiły jako ejdetyczki oraz 3 osoby, które przygodnie zwróciły uwagę swym wyraźnie zaznaconym typem bazedowoidalnym i które się okazały wybitnymi ejdetykami.

Ostatnie tylko 28 dziewczynek IV oddz. były badane bez wyboru w alfabetycznym porządku. Oczywiście jest to materjał zbyt mały, żeby z niego wyciągnąć dane statystyczne.

Stopnie[1])	Typy fizyczne	P. E. wzrokowe	P. E. Słuchowe	Dowolne
0	0			
I	B	1		
II	$5_{B.}$ $4_{BT.}$ 1 bez cech. charakt.	10	4	2
III	$6_{B.}$ $5_{BT.}$ $1_{T.}$ 2 „	14	6	6
IV	$6_{BT.}$ $1_{B.}$ $1_{T.}$ „	8	8	6
V	$12_{B.}$ $1_{BT.}$ „	13	13	10

Wiek badanych obejmował dzieci od 8-miu do 14 lat oraz dwoje dorosłych; oboje uzdolnieni w kierunku malarskim. Własności ejdetyczne (wliczając w to i ukryty ejdetyzm) stwierdziłam u wszystkich. W 24 wypadkach badane osoby mogły wywołać dowolnie przedstawienia ejdetyczne, w jednym z nich tylko słuchowe. Słuchowe przedstawienia ejdetyczne stwierdziłam w 31 przypadkach,

[1]) Stopień 0: Wynik całkowicie ujemny. Jedynie wywołuje się ujemne doznawania następcze o normalnych cechach: normalnej długości trwania.

Stopień I: Bez fiksacji nie powstaje obraz; stwierdzenie usposobienia ejdetycznego udaje się jedynie drogą okólną przy ujemnem doznawaniu następczem, które nosi cechy przedstawień ejdetycznych, mianowicie odchylenie od prawa Emmerta, samorzutnie albo na skutek podrażnienia np. dzwonka.

Stopień II: Fiksacja nie jest niezbędna, słabe przedstawienia ejdetyczne powstają wprost tylko przy prostych przedmiotach (jednolity kwadrat kolorowy). Pewne cechy przedstawień ejdetycznych, jak odchylenie od prawa Emmerta, zmiany kształtu i wielkość.

Stopień III. Bez fiksacji powstaje słabe lub mało wyraźne przedsławienie ejdetyczne, z przedmiotów nieskomplikowanych, a także niektóre szczegóły z przedmiotów bardziej złożonych, czasem samorzutne P. E.

Stopień IV. Ze złożonych przedmiotów również powstają wyraźne i pełne przedstawienia ejdetyczne.

Stopień V. Przedstawienia ejdetyczne we wszystkich szczegółach niezwykle wyraźne.

spotykałam je jednocześnie z różnymi stopniami przedstawień ejdetycznych wzrokowych.

Nie zawsze przejawy ejdetyczne w dziedzinie różnych zmysłów występują w równoległem nasileniu, bo w jednym przypadku, kiedy własności przedstawień ejdetycznych, P. E., wzrokowych, odpowiadały zaledwie trzeciemu stopniowi, przedstawienia ejdetyczne słuchowe P. E., były niezwykle wyraźnie i dowolnie wywoływane, którymi dziewczynka stale urozmaicała sobie czas.

Tylko u ostatnich 24 dziewczynek badałam przedstawienia ejdetyczne w dziedzinie pozostałych trzech zmysłów: stwierdziłam: smakowe w 13 przypadkach, dotykowe w 12 i węchowe w 9 wypadkach.

Przechodząc do drugiego zagadnienia, które sobie postawiłam, mianowicie istnienia zależności pomiędzy charakterem przedstawłeń ejdetycznych i konstytucją fizyczną, a specjalnie zmian charakteru przedstawień ejdetycznych w zależności od sztucznie wywołanego stanu tężyczkowatego, mogę stwierdzić, że we wszystkich wypadkach wybitnie jaskrawo i plastycznie występujących przedstawień ejdetycznych, zakwalifikowanych do grupy V-ej, dziewczynki wykazywały pod względem fizycznym wyraźnie zaznaczone cechy typu B w jednym z domieszką cech I. W pozostałych stopniach ejdetyzmu spotykałam znacznie częściej domieszkę cech T do typu B i w dwóch wypadkach czysty typ T: pierwszy z grupy trzeciej, drugi z grupy czwartej.

Przypadek 33. J. C. 14 lat, oddz. IV-ty. Twarz typu — T. Objaw Chwostka, dermografizm; tarczyca nie wyczuwa się.

Czerwony kwadrat, fiksacja 15". Bezp „Kwadrat zielony... kropka w środku niewyraźna [8"].

Zielony kwadrat, fiksacja 15". Bezp. „Czerwony kwadrat, kropka w środku".

Sylwetka, fiksacja 15". Bezp. „Prostąkąt ciemny" 30",

Sylwetka, ogl. 30". Nic.

Lew, ogl. 30". Bezp „jakby białe coś podobne do lwa [?]... prostokątu niema". 20".

Ptak, ogl. 30". Bezp. „Ptak szary... płaski... w szarym jaśniejszym kwadracie... [?] kwadrat odstaje". 20".

Koty, ogl. 30". Bezp. „prostokąt... trzy plamy jasne, jakby koty, płaskie". 25".

Futboliści, ogl. 30". Bezp. „kwadrat... niewyraźne cztery plamy... podobne do chłopców płaskie... nieruszają się" 30".

Koń ogl. 3o". Bezp. „Do konia podobny cień... niewyraźny, płaski w kwadracie jaśniejszym". 15"

Koty, ogl. 30". Bezp. „Niewyraźne plamy szare... kilka rązem... ulane... jakby koty 25" [pierwiej widziała wyraźniej].

Przedstawień ejdetycznych w dziedzinie innych zmysłów nie dało się wywołać.

Hyperwentylacja 10': zawrót głowy, mrowienie, skurcze, objaw Trousseau, drżenie.

Słoń 30". „Kwadrat szary" 15".

Tygrys 30". „Kwadrat szary".

Papuga 30". „Prostokąt szary i brzegi czarne".

Jabłko 30". „Prostokąt, w prostokącie szary cień okrągły, podobny do jabłka".

Dzieci, ogl. 30". „Prostokąt... w środku nic niema"

Koń, ogl. 30". „Kwadrat ciemny... w kwadracie jaśniejszy cień, podobny do konia".

Wielbłąd, ogl. 30". „Prostokąt i w nim nic niema".

W dziedzinie innych zmysłów przedstawień ejdetycznych nie dało się wywołać.

23/XI—27. Przypadek 45: B. J. 11 lat, oddz. IV-ty. Twarz typu—T. Objaw Chwostka + +, objaw Trousseau lekko zaznaczony, tarczyca nie wyczuwa się, dermografizmu brak, tętno 72, arytmja oddechowa.

Raz jeden dwa lata temu zobaczyła na ścianie zupełnie ten sam obrazek, który pokazywano w szkole. Szary dwuwymiarowy nieruchomy. Nieraz słyszała muzykę orkiestry i śpiewy oraz swoje imię, czuła również smak, tego co chciała zjeść.

Sylwetka, fiksacja 15". Bezp. „Kółeczko białe i ten prostokąt czarny... nie... znowu kółeczko.., na prostokącie jakieś cienie.. jeden podobny do S [?], szare". 1' 55".

Sylwetka, fiksacja 20". Bezp. „Prostokąt czarny i kółeczko, białe i różne cienie... jak przecinki w kółeczku". 55".

Sylwetka, ogl. 20" Bezp. „Prostokąt czarny i lampa elektryczna... szara... na słupie i pies i głowa człowieka, ktoś chodzi... człowiek [?] jak cień...".

Tygrys, ogl. 30". Bzzp. „Prostokąt czarny i tygrys ciemuo zielony (?) płaski nie rusza się (ryczy?) nie... otwiera paszczę... (?) nie słyszy. 1'.

Koń ogl. 30". Bezp. „Koń szary na pocztówce czarnej... teraz ten koń chodzi... ogon podjął.., teraz stoi... teraz brązowy (?) nie rży... 1'.

Ptak, ogl. 30". Bezp. „Ciemno zielony ogon... stoi na gałązce... rozłożone skrzydła... pocztówka czarna... teraz złożył skrzydła.. przysiadł i dziób żółty otwiera (muchę zje?) teraz dokładnie widać oczy brązowe... błyszczące (?) ptak niewypukły... teraz prostokątu niema tylko sam ptaszek... znowu prostokąt (ptak leci?) nie... (na drzewie?) nie, tylko ogonem macha (?) wypukły... teraz cały ptak jak żywy... teraz gałąź wypukła jak prawdziwa... 3' 40".

Jabłko, ogl. 30". Bezp. „Jabłko zielone, i brzegi różowe... prostokąt ciemny szary, a brzegi niebieskie (?) liści nie widać (?) jabłko wypukłe..., a prostokąt w głębi za jabłkiem... jabłko jak zawieszone (jak żywe?) nie zupełnie wyraźne jakby zasłonięte... a teraz płytkie i szare — 2'.

Koty, ogl. 30". Bezp. „Pocztówka szara i trzy koty szare płaskie i kłębek zielony (?) koty nie ruszają się, teraz jeden kotek jak żywy w dali od nich... skacze zgóry na obrazek (?) brązowy i biały pyszczek... teraz znowu tylko obrazek—1' 20".

Wspomnienie „Kotów". 10". „Widzę... szary kotek wypukły jak żywy idzie (?) miauczy słyszę... jakby zstępuje z góry... (mysz?) nie... teraz coś biegnie po ziemi... ciemno zielone... wypukłe... jak żywe... teraz kot pędzi za nim... już nie widać... teraz kot stoi i miauczy (dziewczynka?)... ktoś idzie... niewyraźnie... zdaleka... zbliża się... ale to chłopiec nieduży... i niesie kosz... już chłopca nie widać... tylko kot... nic niema (chłopiec?) 10"... „jest chłopiec... stoi ten sam (woła kota?) 10" (dziewczynka nadsłuchuje)... o teraz woła „kic kic"... kot uciekł, chłopiec idzie i szuka jego — 30".

Futboliści, ogl. 30". Bezp. „Aeroplan ciemno szary... i jakby się poruszał (?) pocztówki nie widać... trzech chłopców zupełnie jak żywi... biegają i piłka... tak nogi podnoszą... o, jej! zupełnie wyraźnie... jeden ręce rozkłada jakby tańczył... zu-

pełnie, zupełnie... za biodra się trzyma... ten sam chłopiec piłkę rzuca... na łące zielonej kwiaty... woła na tamtego chłopca, „Staś"! i słychać jak biegają.. ale to zupełnie jak żywi". 1' 30".

Słoń, ogl. 30". Bezp. „Zielony prostokąt i słoń szary, narysowany... i ząb czarny (las, słoń chodzi?)... niema obrazka tylko on idzie wypukły jak żywy (?) nie słychać jak idzie (?) lasu nie widać... teraz mały lasek, a słonia nie widać... wszedł do lasu (?) nie słyszy, jak łamie gałęzie, tylko las jak żywy rusza się od wiatru (słoń wychodzi z lasu?)... nie tylko dwie góry za lasem... tam coś widać ciemnego... o, to ten sam słoń i trzecia góra i znikł las i słoń tylko i góry wszystko znikło". 2'.

Wspomnienie „Tygrysa". 5". „Tylko jedna łapa, wypukła jak żywa... teraz drugą wyciąga ale jego nie widać... jakby z za czegoś wysuwa... teraz pysk i tułów... już cały widać... szary w czarne prągi... stoi ale zupełnie jak żywy... nic nie widać (tygrys?) nie widać... (za górą?)... góra jest, jego nie widać... (sarenka)?, o! teraz widać tygrysa, idzie w stronę lasu (myśliwy) nie... o! coś biegnie... sarna zupełnie podobna... on poszedł do lasu, a ona podbiegła w inną stronę... teraz trzask gałęzi słychać... teraz jakiś jeleń... coś wychodzi z lasu gałęzie się rozsuwają, wychodzi tygrys i trzyma coś w pysku... to kawał mięsa... teraz poszedł za górę". 4' 20".

Krowa, ogl. 30". Bezp. „Ta sama krowa, wypukła, jak żywa idzie po trawie (?) nie ryczy (?) pastucha nie widać... je trawę (inne krowy na pastwisku?) nie... tylko cielątka (pastuszek?) nie.., dziewczynka biegnie pędzi ją, do stodoły zapędziła... z cielętami (mamusia z cebrem?) nie... (na podwórzu świnka?) nie tylko kury (?) gdaczą... idzie jakaś kobieta... weszła z cebrem do obory (?) spódnica czarna, fartuch czarny w białe kwadraciki"... nie widzę".

Dowolny. Matka. 15". „Widzę, zupełnie jak żywa... idzie na podwórko do domu... kwiaty widzę na oknie, zielone... odmyka drzwi... usiadła na łóżku jakby coś szyje... jeszcze widzę braciszek śpi... widać jak oddycha (?)... nie słyszę, jak chrapie... Tatuś wszedł... (?) słyszę kroki.., położył się na łóżku, w drugim pokoju... tamtego pokoju nie widać, tylko słychać, jak tatuś chrapie... już nic nie widać — — —.

Dzwonek. 7". „Słyszę z tyłu taki sam dzwonek".

„Broniu". 5". „Słyszę z tamtej strony" (przeciwna) zupełnie tak samo".

„Warszawa jest stolica Polski". 5". „Słyszę z przodu jakby trochę przyciszonym głosem".

Dowolny. Piosenka. 10". „O! z tyłu tak głosno, jak na prawdę... jakby głos nauczycielki... (dziewczynka nuci slyszaną piosenkę).

Dotyk zimnem. 5". Z przeciwnej strony „czuje trochę słabiej",

Dotyk ręką. To samo.

Smak kwaśnego jabłka. 10", „Ale zupełnie jakbym miała jabłko w ustach i czuła kawałki jakby pogryzione" (na zapytanie badającej, dziewczynka podaje, że doznaje tej samej przyjemności, jakby na prawdę jadła jabłko; podaje, że, czując smak, czuła jednocześnie zapach jabłka).

Dowolny. Cukierek „Krówka". 15". Dziewczynka przełknęła slinę „tylko slina ma smak jakbym po zjedzeniu połykała (?) cukierka samego nie czuje w ustach".

Landrynek. 10". „Zupełnie, jakbym trzymała w ustach z tego (lewego) boku uderzył o zęby" (?) słyszała.

Pomarańcza. 10". „Zupełnie jakbym zębami gryzła i połykała sok" (mimika i ruchy jakby jadła).

Zapach róży. 5". „Jakbym ją wąchała" nie, widziała róży tylko czuła dotyk płatków przy nosie, „takie chłodne", (zobaczyć różę?) widzę różę różową".

(umiejscawia róże w powietrzu pomiędzy głowami swoją i badającej), na zapytanie, czy widzi twarz badającej, odpowiada, że róża zasłania oczy i nos, że widzi tylko usta.

25.XI. 27 r. Dziewczynka badana ponownie.

Przed hyperwentylacją	Po hyperwentylacji
Żyrafa	Świnia
Ptak	Papuga
Koń	Lew
Dziewczynka	Chłopczyk
Przepiórka	Dzieci
Koty	Futboliści
Róża	Jabłko

Żyrafa, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt ciemno szary i żyrafa, ciemno ztelona, jak cień... ciągle to samo.,. niewyraźnie... tylko prostokąt... nic" 1' — 50".

Ptak, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt.., gałązka... ptak... rusza się... jak żywy (?) wypukły... brązowy... jak żywy... prostokąt jakby gdzieś w dali, szary... coś trzyma w dziobku.. jakąś gałązkę... (leci?) nie tylko nachyla się (świergocze?) nie... prostokątu już niema... teraz on skoczył na drugą gałązkę (drzewo?) nietylko druga gałęź... trzepocze skrzydełkami... (drugi ptak?) niema... prostokąt jest ptak znikł... teraz jakby drugi pokazał się szary na gałązce skrzydełkami rusza i pochyla się (?) nie świergoce... teraz znowu na pocztówce jak narysowany... nie rusza się... szary... już niema".

Sylwetka, fiksacja 30". Bezp. „Prostokąt ciemno zielony i kółeczko białe, więcej nic"... kółeczko światło zielone... to samo — 1' 40".

Koń, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt... koń jak cień, szary... nie rusza się... koń ciemno zielony" (dziewczynka śmieje się) koń ogonem rusza... wypukły się zrobił jak żywy... jak żywy... niema prostokąta... chodzi po łące (pasie się?) nie... tylko chodzi... stodoła stoi... drzwi otwarte widać siano... koń podchodzi do stodoły... wszedł do stodoły... widać jak je siano... jakiś człowiek stanął, wóz przyciągnął, postawił; przyprowadził konia... zaprzęga... teraz jedzie... zatrzymał się koło domu... zeskoczył... wszedł do domu, koń stoi rusza głową (?), nie słyszy nic. Dom, wóz i obora blisko, a stodoła daleko... koń odpędza muchy (?)... widzi wszystko jakby zaekranem... z daleka w tym miejscu płótna jakby niema, tylko jakby okno w prostokąt wycięte to wszystko małe, ale jak prawdziwe (człowiek zmierzony podług wskazań dziewczynki = 8 cm.). „Człowiek wyszedł i stanął koło konia... trzyma za uzdę... koń i wóz znikli i dom... tylko człowiek sam, jakby na podłodze stoi... znikł, nic niema". 19' 30".

Dowolny. Mamusia. 20". Tylko dom mamusi od ulicy i nic niema" 55".

Dowolny. Tatuś. 1' 30". Nic.

Kot. 1' 30". Nic.

Odtworzenie obrazka. Koty. 1'. Nic.

Dziewczgnka, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt w oddaleniu, a dziewczynka blisko jak żywa... zielono ubrana, na głowie czerwona czapeczka... zielona sukienka bez futra... w ręku gałązka różowa... kwiaty... jakby róże, na nogach brązowe buciki (kolory na obrazku?) miała mufkę białą i różowy paltocik, białą czapeczkę. Teraz niema prostokątu... idzie wyciąga rękę, a teraz ucieka... pobiegła prędko, tam dom widać ona jakby teraz biegnie... za nią pies pędzi... ona ucieka do domu... już wbiegła (?), nie słyszy szczekania psa ani tupotu... wyszła znowu... psa niema... trzyma koszyczek w ręku i idzie ulicą (?) na ulicy nic przed tem nie widać... znikła... szła ulicą i znikła". 5' 40".

Przeprawa, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt i ta łódź i dwoje ludzi jak cienie i w końcu koń i cztery psy jak cienie... wody nie widać... już tylko jeden człowiek i cztery psy... tylko prostokąt... nic" 2'.

Koty, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt czarny i trzy koty, jak cienie (?) nie ruszają się nie miauczą" 20' 30".

Róża, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt i zielone listki... róża... teraz dwie białe róże (?) płaskie, jak narysowane" (?) na płótnie widzi pocztówkę z różami (pokazano pocztówkę prawdziwą) ta (prawdziwa)... o wiele wyraźniejsza... tamta jak cień". 2'10".

Dowolny. Braciszek. Nie widzi. 1' 30".

Dzwonek. 10". „W przeciwnej stronie zupełnie tak samo".

Broniu. 10". „Z tyłu przyciszonym głosem".

Warszawa jest stolica Polski. 15". „Z tyłu posłyszałam tylko „Warszawa jest stolica", trochę ciszej.

Dowolny. Piosenka. 35". Słychać jak nauczycielka śpiewa" (dziewczynka nuci piosenkę) „półgłosem z tyłu... w tym samym pokoju, jakby na prawdę" na zazapytanie czy na prawdę śpiewa nauczycielka, dziewczynka odpowiade: „że jakby na prawdę, ale wiem, że niema", na zapytanie skąd się bierze ten śpiew i czy inni słyszą odpowiada: „nie wiem".

Smak jabłka. 40". Czuję, ale tylko ślina kwaśna".

Czekolada. 10". „Kawałek czekolady na języku... czuję jak topnieje".

Zapach czekolady. 5". „Czuję" (widzi na stole?)... ciemna (pokazuje na stole) odgryziona... (badająca palcem prowadzi po stole, zapytuje dziewczynkę, w którem miejscu leży)... o! teraz palec włazi w czekoladę", (gdy zatrzymałam palec) jakby zastygnięty w czekoladzie.. (weź!)... (usiłuje pochwycić palcami)... „nie można" (?) nie czuję w dotyku.

Hyperwentylacja 15".

Objaw Chwostka ++, objaw Troussea ++, senność, ziewanie, drżenie, czkawka.

Świnia, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt jak cień, na prostokącie świnia narysowana (nie zmienia się, pomimo podawania badanej różnych możliwości).

Lew, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt, jak cień i lew, jak cień brązowy... niema"—1'.

Futboliści, 30". Bezp. „Bez prostokąta, jakby żywi... dwaj chłopcy na trawie zielonej i piłka... biegają i piłkę rzucają, dalej domy stoją... dwuch znowu biegnie... czterech bawi się... dwuch co przyszli uciekają... tamci znikli... teraz niema, tylko łąka zielona i piłka (dziewczynka?) nie... nic niema". 2' 15".

Dowolny. Braciszek. Nic nie widzi 1'.

Mamusia. Nic nie widzi 1'.

Chłopczyk, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt biały, na tem chłopiec biały... nie rusza się, stoi (spotka dziewczynkę różową)... niema nic". 2' 30".

Jabłko, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt i jabłko narysowane bez liści" (bez zmiany) 1'.

Dzieci, ogl. 30". Bezp. „Pocztówka biała i dwoje dzieci stoi jakby cień... muru niema (?)... dwie dziewczynki" (bez zmiany) — 1' 20".

Wspomnienie. Tygrys. Nic nie widzi — 1' 30".

Tygrys, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt... na nim jak cień—tygrys" 2' to samo (zamknąć oczy)... widzę tak jak na pocztówce żółty, w prążki, jak naklejony—1' 20".

Dowolny. Braciszek (zamknięte oczy). 1' 30" Nic.

Papuga, ogl. 30". Bezp. „Prostokąt i papuga siedzi, jak narysowana... zielona nie rusza się... pocztówka do góry się podnosi „(pokazuję pocztówkę prawdziwą)" widzę dwie—ta wyraźniejsza (prawdziwa) 1' 30", przy zamkniętych oczach nie widzę.

Śpiew nauczycielki. Bezp. „Słyszę, śpiewa na podwórku, ale nie widzę... całą piosenkę (inną niż poprzednio) słyszała wyraźniej niż pierwej.

Dzwonek. 10" „Słyszę z przeciwnej strony (?), pierwej wyraźniej.

Warszawa jest stolicą Polshi. 10" Słychać zupełnie tak samo (?), teraz wyraźniej.

Broniu! 10" Z tamtej strony zupełnie tak samo.

Smak pomarańczy (jednocześnie zobaczyć na stole). Bezp. „Pomarańcza... skórka na cztery części... i trzy cząstki pomaranczy (oblizuje się, porusza zębami, połyka) stosunek palca badającej do widzianej pomarańczy analogiczny jak do czekolady.

Miętowy cukierek (smak miętowego cukierka i zobaczyć). Bezp. „Widzę odgryziony kawałeczek i czuję w ustach smak i kawałek cukierka jak się obija o zęby" — 1'.

Zobaczyć jadalny pokój i rodzinę przy obiedzie. 30" (Uradowana) „Widzę! stół nakryty białym obrusem... tatuś siedzi, mamusia i braciszek (?), jak namalowane— nie ruszają się... barszcz jedzą (?) czuję smak, (połyka), (?)—nie słyszy, nie ruszają się—1'.

Sylwetka, fiksacja 30". Bezp. „Prostokąt ciemno zielony i kółeczko białe" 1'.

W drugim z przytoczonych, przypadków przedstawienia ejdetyczne mają charakter bardzo plastyczny, są trójwymiarowe, ruchliwe, zabarwione raczej w kolorze zasadniczym, zależne od woli osobnika. Oglądanie sylwetki daje daleko więcej szczegółów, niż fiksacja; dziewczynka ta wykazuje wybitne przedstawienia ejdetyczne słuchowe, dowolnie wywoływane. W pierwszym przyypadku przedstawienia ejdetyczne są zbliżone do doznawania następczego, w obu przyypadkach hyperwentylacja nie daje nasilenia przedstawień ejdetycznych wzrokowych, jedynie w drugim przypadku nasilają się może trochę po hyperwentylacji przedstawienia ejdetyczne słuchowe.

W jednym przyypadku przy fizycznych objawach B T. przedstawienia ejdetyczne nosiły cechy, które *W. Jaensch* podkreśla jako charakterystyczne dla przedstawień ejdetycznych typu—T; były ona jednostajne, natrętne, zjawiały się niezależnie od woli i wyobrażeń osoby badanej, oraz niezależnie od treści pokazywanego obrazka, a były jakby wywołane poprzednią fiksacją sylwetki (domy, okna, drzewa); występujące obrazy domu po hyperwentylacji zyskują na wyrazistości, wreszcie obraz okrętu jest poniekąt dowolnie wywołany, gdyż dziewczynka sama podaje, że „cień był podobny" i pomyślała o okręcia, gdy przedtem stanowczo zaprzeczała, żeby myślała o domu, który widziała.

Przypadek 37. D. E. 13 lat; oddz. IV. Twarz typu T. Tarczyca wyczuwalna, dermografizm lekki różowy, arytmja oddechowa, tętno 102. Przedstawień ejdetycznych nie doznawała.

Czerwony kwadrat, fiksacja 15". 15" „Biały kwadrat niewyraźny jak cień— 5,4 cm — zmniejszył się, wydłużył się... znikł" 1' 20".

Sylwetka, fiksacja 15". 35" „Biały cień... jak koło owalne... niewyraźny... (średnica 10 i 12 cm).—55" — — —.

Wielbłąd, ogl. 30". 15" „Coś białego, podłużnego przechodzi... niema... znowu jest idzie w tę stronę... (lewą), niewyraźne, podłużne, jakby do psa podobne... nogi przestawiają się... jakby ogon, tułów... szyji i głowy nie widać...— — — 55".

Słoń, ogl. 30". Nie widzi nic 1'.

Słoń, ogl. 60". 20". „Biały cień, robi się jakby widok... jakby drzewo, kształ. wyraźny... kolor szaro zielony... wypukły... teraz dużo drzew i po tej stronie i po tej.. jakiś domek między drzewami (?), wypukłe ale mgliste... drzewa zieleńsze (słoń?)... niema, znikło i pokazał się ten widoczek... teraz dom... na drugim piętrze różowy.. dach ciemny... widzę okienice... okna narysowane jasno (?) drzewa poruszają się.. (ludzie?) niema... (psa?) niema... dom zwiększa się... teraz zmniejszył się... ogromny fioletowy...(?) 4 piętra... pół domu z dołu znikło". 6' (dziewczynka podaje, że o domu nie myślała i nie widziała takiego widoku).

Ptak, ogl. 45". 30" „Coś mieni się... ciemne i jasne... nic nie widać 1'.—2'

Ptak, ogl. 60". Bezp. „Zielone... cień przesuwa się... jakby kółko... drzewo ciemne na tym zielonym tle... Dom, wyraźnie trzy okna (?), dom i drzewo blado zielone, płaskie". 1' 20" — — —.

Róże, ogl. 60". Bezp. „Prostokąt... białe tło... zrobił się ciemno fioletowy.. zjechał w dół... znowu w górę i znowu na dół... trochę mniejszy na tem cień... pasek i na tem okrągławy cień, jakby róże z łodygą". 1' — 30" znikło.

Koty, ogl. 60". 30" „Duży prostokąt... jakby dom... okno niewyraźne (?) płaskie... coś ciemnego zasłania dom (?).. nie widać... sześć okien, nie jasno... dom jakby różowy (w oknie zobaczyć dziewczynkę (?) nie widzi... (z drzwi wyjdzie pan) niema... to samo... zbladło znowu pokazało się (odpędzić) obrazu nie może... (kot?) nie ma... (pod ścianą cień kota) niema... jakby znika... dwa okna... cień domu (już niema?) stoi... blask czerwony na okno (?) jak od słońca dom fioletowy, trzy okna... domu całego nie widać... teraz dom lepiej widać... ganek jakieś drzewa... (?) ciemne, nie zielone płaskie". 10' 40" — — —.

Futboliści, ogl. 60". Bezp. „Na ekranie okno w lewo... brzoza okno zasłania (?) brzoza szara... pień biało-czarny... (?) za mgłą... płaskie (w oknie?) nic nie widzi... (dom?) niema tylko okno... teraz brzozy nie widać... okno blade... nie widać" 4' 20".

Dziewczynka zapytana w tym kierunku, podaje, że wprawdzie dokuczyło jej ciągle to samo widzieć, ale nie może się tych obrazów pozbyć. Próby wywołania wyobrażeń ejdetycznych innych zmysłów nie dały wyników.

Hyperwentylacja 12'. Zawrót głowy, uczucie zimna, ból głowy. Objaw Chwostka +, Trousseau +.

Lew, ogl. 60". 1'. „Coś ciemnego, jakby ogon, pokazało, się i znikło... okno w górze na zielonem tle... czarna tabliczka na tym domu, co napisane nie widać... drzwi ciemne,.. znikło... znowu to samo... dom zielony... dużo okien... całego domu nie widać (?) 2, 3, 4, 5 pięter (?) nie wypukłe... drzew nie było". 4' 20".

Dziewczynka stanowczo twierdzi, że obecnie widzi wyraźniej, pomimo, że jej przypominam, że pierwej widziała wypukło, ale tu widzi wyraźniej.

Jabłko 60". 5" „ciemno fioletowa pocztówka i okrągły cień zielony nie wypukły... prostokąt ciemny porusza się... stoi... pół pocztówki... cała pocztówka ciemna... wzdłuż... pół pocztówki... rusza się w górę i w dół... stoi... cała ciemna... znowu pół... niema" 4' 30".

Próby wywołania słuchowych wyobrażeń ejdetycznych nie dały wyników.

Dzieci, ogl. 60". Bezp. „Ciemny cień z jednej strony ekranu (na całą wysokość ekranu) i z drugiej... brzoza zielona (?) rusza się płaska... domek malutki (?) płaski... niewyraźnie... teraz woda jakby płynie, jakby prawdziwa i okręt (?) rusza się... dym idzie... (?) wypukłe (ludzie?) nie widać on bardzo malutki... (przybliża się?) nie... teraz trochę większy (?) zbliża się... (ludzie?) nie widzę... (na maszcie?) nie widać (po czem płynie?) widzę morze, fale białe... ruszają się... woda mieni się, błyszczy jak prawdziwa (brzeg?) latarnia morska?) widzę tylko sam okręt... wody mało... brzegu nie widać (gwiżdże?) nie słychać (?) okręt wypukły... rusza się... koło promień duży (Maszt? żagle?) nie, widać... okręt stoi... niema" 8' 50".

Przeprawa, ogl. 60". 20". „Długi pas czarny... w środku szerszy, a na końcu zwężony do łódki podobny". 2' 40".

Koń, ogl. 60". Nic nie widzi.

Objaw Chwostka — „hyperwentylacja 6"—Objaw Chwostka +.

Krowa, ogl. 60". Nic nie widzi. 1' 30".

Tygrys, ogl. 60". Bezp. „Biały kwadrat". 5" 1' 30".

Świnia, ogl. 60". 10". „Czarny kwadracik" (?) w środku nic".

Żyrafa, ogl. 60". Nic nie widzi. 1'.

W drugim przypadku, przy cechach fizycznych typu BT, zaznaczone na początku badania, cechy ejdetyczne typu T w miarę badania ustępują miejsca plastycznym, ruchliwym, związanym z biegiem wyobrażeń przedstawień ejdetycznych typu B i nie powracają po hyperwentylacji.

Przypadek 40. 4/XI 1927 r. D. I. 9. lat, IV oddz. Oczy typu B., objaw Moebiusa, źrenice dosyć szerokie, dermografizm różowy, tarczyca nieco powiększona, arytmja oddechowa, tętno 120, pocenie się, objaw Chwostka + +, lekki objaw Trousseau. Czasem widuje obrazy, są one niekiedy płaskie, niekiedy wypukłe, czasem się ruszają, niekiedy są szare, bywają czasem kolorowe. Słuchowych wyobrażeń ejdetycznych nie doznaje, natomiast czasem smakowych i węchowych, są one zawsze przyjemne.

Czerwony kwadrat, fiksacja 15". Bezp. „Ciemny szary kwadracik i zaraz znikł".

Zielony kwadrat, fiksacja 15". 20". „Cień prostokątu, znikł... dużo czarnych kropek... znikł... biała mała kropka... znikła... cień szary... trochę prostokątny... linja ciemna... dwie kropki czarne... dwie białe kropki koło czarnych... dużo małych kropek (?) nie może policzyć. Linja pozioma... kropki białe... znikło". 4'.

Czerwony kwadrat, ogl. 20". 5". „Zielona plama... krzywa większa od kwadratu... więcej podobna do koła... jedna biała kropka... półkole czarne... płaskie, obok czarna kropka... plamki okrągłe białe... dużo czarnych okrągłych plamek... znowu białe... przesuwają się... linja, czarna ukośna... jedna duża plamka i dużo małych białych... czarna plamka... białe plamki... linja pionowa... czarne i białe kropki, krzywy kształt... czarne kropeczki... linja pionowa posuwa się... plamka biała większa idzie do małej... jakiś duży cień przesuwa się... okrągły... plamka czarna... plamka biała i mniejsze". 5' 40".

Sylwetka, fiksacja 20". Bezp. „Kwadrat taki sam ciemny... duży kwadrat z białemi kółkami uniósł się... znikł. Znowu ciemny kwadrat... w ramce ciemniejszej... na tem cień biały okrągły... podługowaty i znikł... dużo kwadratów jeden za drugim przesuwają się do góry... znikły kwadraty... kropka biała i czarna i jedna

linja czarna... cień ukośny... prostokąt... na prostokącie linja ukośna... plamka szara duża okrągła, w rodzaju dachu... jakiś cień... kwadracik jaśniejszy, niż tamten... linijka ukośna ciemniejsza i dużo czarnych kropek... "(W dalszym ciągu dziewczynka widzi to kropki czarne i białe, to linijki, to kwadraciki, przesuwające się trwa to 8').

Sylwetka, ogl. 30". Bezp. „Szary kwadracik... czarny... uniósł się do góry, na nim jakieś białe plamki... krzywe kółko". Dziewczynka znowu widzi jak poprzednio, po fiksacji kropki, linje, prostokąty, poszczególnych postaci sylwetki nie widzi.

Słoń, ogl. 30". Bezp. „Mały kwadracik... ciemny... znikł... teraz cień podobny do słonia... tylko naodwrót (lustrzany), dwie białe plamki okrągłe, teraz głowa słonia jak cień... znikła... kwadracik mały, ciemny, pusty w środku... ramka jaśniejsza... w środku biała plamka... znikło... teraz cały słoń wypukły jak żywy (?), nie rusza się (?), nie chodzi (?), stoi na prostokącie... znikło... teraz kły i trąba... trąba rusza się (?), jak cień... znikło. Linja ukośna i prosta pionowa... kropka biała i plamka w kształcie prostokąta.. czarny prostokąt i plamka czarna (słoń?)—nie, dwie krzywe linje... kwadracik mały, a w nim nogi słonia... (zobacz całego?)—widzę (?), wypukły(?), chodzi, (trawa?) nie...(?), widzę zieloną linję i jakby roślinkę... słonia niema... łąka dziewczynka?)—nie, (postaraj się zobaczyć) widzę jakiś cień człowieka... to dziewczynka (biegnie?) nie, stoi, (co robi?) niema jej tylko drzewo... wszystko znikło... trójkącik... dwa trójkąciki (słoń?) głowa tylko (cały?) jest, ale do góry nogami (zobacz zwyczajnie), już (dziewczynka podaje, że widziała jak się przekręcał), (?) chodzi po trawie (?) posłyszała ale bardzo cicho stąpanie i szelest trawy, (dziewczynka?) jest (?) nie biega (?), woła (?), nie słyszy słów tylko głos (?), za dziewczynką idzie prostokąt, ciemny (?), pobiegła do słonia, ale słoń znikł (?) jest słoń, ale niema dziewczyuki... cała tablica zielona i plamki sine okrągłe (?) — niema ani słonia ani dziewczynki... teraz zobaczyłam... maleńki jak cień, pod nim trawa... teraz mur stoi, a na murze dwie czarne plamki... mur czarny, słonia niema (dziewczynka na zapytanie podaje, że raptem przypomniał jej się mur, koło którego przechodzi, jak idzie do szkoły) las czarny na tle lasu słoń (?), wszystko wypukłe (?), słoń nie rusza się... teraz biały kwadracik widzę i trąbę słonia... wypukła i rusza się... teraz cień głowy człowieka, (dziewczynka podaje, że pomyślała o tem, żeby zobaczyć człowieka)... roślinki czarne, płaskie na tablicy... słoń z białą plamką na trąbie... teraz czarna płama w rodzaju koła... Po 17 minutach warunki zewnętrzne przerwały badanie.

Krowa, ogl. 30". Bezp. „Cień krówki bez kwadratu... szary, płaski... znikł... teraz krówka w obórce... gospodyni doi...(?) wypukłe jak żywe (?) słyszy szmer mleka (?) czuje smak i zapach mleka. Znikło... teraz pastuszek i krówki... szare jak cień (ryczą?) nie słyszy... teraz posłyszałam jak krówka ryczy... znikło... (?) nie gra na fujarce (?) tylko twarz pastucha widzi z fujarką i słyszy niewyraźne granie znikło... teraz krówka przy sianku... w oborze... drzwi otwarte(?) wypukłe jak żywe... znikło... teraz kwadracik jak cień.. płot i krówka... dużo krówek... pole z żytkiem i pastuch na łące (?), krówki różnego koloru w plamki (?) wypukłe... (pies?)... jest (?), leży (?)... czarny (biegnie?) zapędza krówki do obory (?)... znikło... pies szczekał, ale nie było słychać (?) krówki niektóre ryczały, ale bardzo słabo było słychać... teraz jedna krówka w oborze.. jakiś liść jakby klonu... głowa krówki płaska (postaraj się nie widzieć), jakieś linijki, kropki... nic" — 10'.

Róże, ogl. 30". Bezp. „jedna różyczka szara jak cień... znikła... ogródek i różyczki rosną jak żywe... (czy pachną?) dziewczynka pociąga nosem podaje, że czuje zapach. „Teraz we flakoniku różyczki wszystkie herbaciane...(?)... flakon zielony... teraz dwie róże z listkiem jasno kremowe do góry nogami (?), teraz jakiś kwiatek nie różyczka... stokrotka... szara płaska... teraz pojedyncze listki róży bez

kwiatków, bez gałązek, jak szlaczek jeden na drugim (dziewczynka podaje, że kiedyś układała w ten sposób płatki róż)... teraz wypukła gałązka maliny bez jagód (pomyślała o tem, że liście róży są podobne do liści malin... teraz dziewczynka z różyczką(?) wypukła... spódniczka w paseczki szare... bluzeczka biała (?) blondynka... różyczka ta żółta(?), dziewczynka ta podobna do koleżanki... idzie po ogródku(?) do domu... teraz wchodzi do domu.. znikło wszystko... ta sama dziewczynka wącha w domu różyczkę(?) w kubeczku, jakiś blaszany, szary... znikło (mamusia dziewczynki mówi?) znowu dziewczynka z różą w kubeczku i jakiś chłopczyk coś mówi, słyszę głos, nie słyszę słów... więcej nie widzę".— 8'.

Koty, ogl. 30". Bezp. „Widzę jednego kotka... szary płaski stoi... znikł.. teraz w koszu kotek... teraz trzy koty w koszu... okrągłym, jeden duży, a dwa małe(?), wypukłe, popielate (przypomniała sobie, że kiedyś widziała koty w koszu), (?) miauczą, (kłębek czerwony?)... bawią się z nićmi czerwonemi... znikło. Teraz widzę główkę jednego dużego kota... z kosza wysuwa... znikło... teraz dwa kotki na tablicy szare, płaskie nie ruszają się, stoją, a teraz trzy pieski (pomyślała o pieskach)... wypukłe jeden czarny i dwa białe... (ruszają się?) stoją... (?) nie szczekają... znikło... teraz kółko szare (kot?) jest, wypukły biały... tylko główka (cały?)... jest, stoi cały (myszka?)... dwie myszki (?)... łapie myszkę... znikło... główka kotka płaska i jakieś kropki czarne i białe... kwadracik szary.. w nim biały kotek... wypukły... kotek poszedł... nic nie widzę"— 6' 30".

Dowolny, „Mamusia". 5" „Widzę... mamusia w kuchni ze służącą obiad gotuje (?) na głowie ma kosynkę i granatową sukienkę (?)... mięso kręci (?), coś mówi ale słów nie słychać" (posłuchaj?) dziewczynka nasłuchuje, w pewnej chwili uśmiecha się i podaje: o teraz posłyszałam „Teresiu wsyp do wody krup na kaszę"; znikło... — 2'.

Dzwonek. Posłyszała natychmiast w tej samej stronie słabiej.

„Irka". Tak samo.

Warszawa jest stolica Polski. Ciszej w tej samej stronie.

Smak kwaśnego jabłka. Ddziewczynka połyka ślinę, krzywi się „Bardzo kwaśne, jakby sok" (jabłka w ustach nie czuła).

Cukierek. Malinowy, ale niewyraźnie.

Dotknięcie zimnem. 5" „Czuję, ale bardzo słabo".

Dotknięcie palcem. Czuję jednocześnie z drugiej strony, ale słabsze.

Hyperwentylacja 9 minut. Zawrót głowy, silne drżenie, ból głowy, objaw Chwostka + + +, objaw Trousseau + + +.

Tygrys, ogl. 30". Bezp. „Las... tygrys... ten sam wypukły (?), chodzi (?), ryku nie słyszy, ale słyszy jak łamie gałęzie... on szarpie coś, jakby owieczkę (myśliwy?)... nie... teraz jest i dwa psy... szczekają, ale cicho... myśliwy nabija strzelbę i wystrzelił... słychać było huk i dym widać... widzę tygrysa.. leży zabity... widać krew na zielonej trawie... myśliwy podchodzi z psami... znikło... znowu tygrys... głowa szara, płaska... teraz tygrys cały... wypukły, kolorowy... płaski, znikł w lesie... a las jest... wynuża się tygrys w drugim miejscu... znikło... znowu tygrys... wypukły... ryczy cicho... teraz tylko las... stoi wypukły więcej nic... znikło — 6'.

Koń, ogl. 20". Bezp. „Koń biały, jak żywy... zaprzężony w bryczkę... jedzie... siodła niema (?)... w bryczce jakiś wieśniak na koźle i z budy jakaś pani wygląda (?). po szosie jadą... (?) słyszy turkot wyraźnie... stanęli (?). — (koń rży?)..., teraz zarży... (?)... widać było i słychać jak rży... pani wychodzi... znikło... teraz koń biały osiodłany i na nim jeździec... jadą po ulicy... kłusem jedzie (?), słyszą (miejscowość?)

Antokol zdaje się, tam koło Pośpieszki (często tam chodzi)... drzewa zielone i ludzie na ulicy... znikło, nic nie widzi.—4' 30''.

Jabłko, ogl. 20''. Bezp. „Jabłoń w ogrodzie... koło niej stoi drabinka... a na niej człowiek jabłka zrywa żółte i rzuca do kosza, a drugi zabiera koszyk i niesie do mieszkania...znikło... teraz jedno jabłuszko z gałązką... połowa żółta, połowa czerwona.. wypukłe (?)... na niczem nie leży—(na stole?), (ktoś je?)—nie... znikło... teraz dzieci bawią się z jabłuszkiem na podwórku... rzucają do siebie, a jedno je... troje dzieci... dwie dziewczynki i jeden chłopczyk:... znikło, widzę gruszkę... leży na talerzyku (?), nie, na stole... znikło... teraz koszyczek z jabłkami... znikł... dziewczynka z jabłuszkicm... wypukła... ona je jabłuszko... nic nie widać" 4', (Polecenie zobaczyć talerzyk z jabłkiem na blacie stołu) 10''. „Widzę, ale jakby narysowane, nie wypukłe kolorowe".

Dzieci, ogl. 30''. Bezp. „Dziewczynka na saneczkach (?) wypukła... znikło (przypomniała sobie jak jeździła saneczkami)... „dwóch chłopczyków ze śnieżkami w ręku... znikło(?)... wypukłe... domek pod śniegiem i bawią się dzieci koło domku(?)... domek i dzieci płaskie... znikło... siedziały na górce na saneczkach... teraz troje dzieci... kleją ze śniegu bałwana... znikło... ogródek w śniegu.. na płocie wróbel i wrony... a w ogrodzie chłopiec przygląda się ptaszkom... w czapeczce białej wełnianej i szalik biały przerzucony, szary paltocik z futerkiem... na nogach czarne getry i kalosze... ptaszki uciekają (?), (słyszy wyraźnie krakanie wron)... znikło... troje dzieci w domu... wyglądają przez okno... znikło... 4' 20''.

Dzwonek. Bezp. „Troszeczkę ciszej, ale wyraźniej niż pierwej".

Warszawa jest stolicą Polski. Bezp. „Troszeczkę ciszej, ale wyraźniej niż pierwej".

„Irko„. Bezp. „Troszeczkę ciszej, ale wyraźniej, niż pierwej".

Smak kwaśnej kapusty. Czuje wyraźniej, niż smak jabłka.

Smak cukierka „Krówka". Czuje teraz wyraźniej.

Dotknięcia. Nie czuje.

Zapach. Zapach lewkonji czuje wyraźniej niż poprzednro rózy.

Dowolny, Ojciec. 5''. „Widzę idzie przez ulicę zrana... wchodzi do biura na Wielkiej Pohulance... teraz tatuś pisze na biurku w pokoju... liczydła przesuwa... słychać jak przesuwa... znikło? (co jeszcze widzi)—dwóch Panów jest i jedna Pani... znikło (?)... nic—2' (dziewczynka była w biurze u ojca).

Sylwetka, ogl. 20''. Bezp „Ten sam obrazek... prostokąt biały i jeden wózek czarny, a na wózku walizka... z jednej wypadają różne rzeczy i lusterko... domy... ulice... 4 domy piętrowe... dwa pieski i ludzi sześciu... dwie kobiety, czterech mężczyzu (?)... wypukłe... (?) jeden wiezie wózek... dwóch idzie, jeden stoi, jedna pani... znikło... teraz widzę dwa pieski... stoją... walizka ta sama co tam i wypadają z niej".

Świnia, ogl. 20''. Bezp. „Głowa świnki płaska.. szara... znikło... dużo świnek... wypukłe... stoją przy korytku i słychać jak chrząkają... gospodyni zapędza do chlewka... one jedzą w chlewie.. znikło... dwie świnki chodzą po polu... idą do domu same... są na podwórku". 3' (1 godzina po hyperwentylacji).

Lew, ogl. 20''. (Woli lwa od tygrysa). Bezp. „Tego samego lwa widzę... wypukłego w kolorach... lew rzucił się na jakąś sarnę... szarpie ją... poszedł do lasu... znikło... głową lwa... tylko szara płaska... znikło... ukośny krzyżyk..." 1' 40''.

Wielbłąd, ogl. 20''. Bezp. „Wielbłąd i dźwiga coś na garbach... człowiek prowadzi... (?) wypukłe... znikło... sam wielbłąd bez niczego... skubie trawkę... znowu wielbłąd z człowiekiem... znikło... wielbłądy, ludzie, jakieś góry... znikło". 1' 20''.

Dotknięcia ręką i zegarkiem po przeciwnej stronie nie czuje.

Hyperwentylacja 3', drżenie.

Dotknięcie ręką i zegarkiem czuje bardzo wyraźnie, prawie tak samo jak rzeczywisty dotyk.

„*Irko*". Posłyszała natychmiast z tej samej strony, zupełnie tak samo.

Dzwonek. Posłyszała natychmiast z tej samej strony zupełnie tak samo.

Warszawa jest stolicą Polski. Posłyszała natychmiast z tej samej strony, zupełnie tak samo.

Co się tyczy wpływu hyperwentylacji to w 30 wypadkach spostrzegłam pewne nasilenie przedstawień ejdetycznych, w 8 żadnych zmian nie zauważyłam, w 5-ciu występowały one po hyperwentylach słabiej. W jednym z tych wypadków to osłabienie przedstawień ejdetycznych tłomaczyłam sobie wyraźnem rozczarowaniem dziewczynki (która wogóle wykazywała tylko III-ci stopień przedstawień ejdetyzmu), że jej nie pokazuję tych przedstawień kinematograficznych, o których jej mówiły inne badane dziewczynki.

Na podstawie przeprowadzonych badań mogę stwierdzić, że u badanych osób pod względem fizycznym przeważał typ — B, że charakter przedstawień ejdetycznych w wypadkach gdy były one silnie wyrażone, niezależnie od domieszek cech fizycznych typu—T, a w jednym wypadku przy wyraźnej przewadze tego typu, miały zawsze cechy, które *Walter Jaensch* zalicza do typu—B, czyli były zbliżone do wyobrażeń.

Przedstawienia ejdetyczne zbliżone do doznawania następczego stwierdzałam w niższych stopniach ejdetyzmu, w których w swoich przypadkach nie potrafiłam rozróżnić cech B od T. W jednym tylko wypadku mogłam obserwowane przedstawienia ejdetyczne wyższego rzędu z piętnem natręctwa i niezależności od dowolnych wyobrażeń osoby doznającej, zaliczyć do typu—T. Może tą rzadkość występowania cech ejdetycznych tetanoidalnych możnaby tłomaczyć dużą zawartością w wodzie wileńskiej soli wapnia. Jednak stosowanie zabiegów hyperwentylacji nie potwierdziło spostrzeżeń *Jaenscha*, żeby stan fizyczny tężyczkowaty wpływał na pojawienie się cech tetanoidalnych w przedstawieniach ejdetycznych; przeciwnie, dodatni wpływ hyperwentylacji zaznaczał się raczej w zwiększeniu plastyczności, ruchliwości, wyrazistości obrazu oraz zasadniczego zabarwienia. Często dzieci same podawały, że „po oddychaniu" widzę wyraźniej, przedtem widziały jakby „za mgłą", „teraz ruszają się jak żywe, przedtem na miejscu", „tak wyraźnie jak teraz po oddychaniu to jeszcze nigdy nie widziałam". W wypadkach należących do wyższych stopni ejdetyznu, nigdy nie zauważyłam pojawiania się po hyperwentylacji cech ejdetycznych typu — T, przeciwnie zawsze oglą-

danie sylwetki dawało większe wyniki, niż fiksacja. Natomiast w wypadkach należących do niższych stopni, w których wogóle przedstawienia ejdetyczne są bardziej zbliżone do doznawania następczego, po fiksacji, podczas gdy oglądanie nie dawało wyników, albo bardzo słabe.

Z moich doświadczeń zdaje się wynikać, że warunki wpływu na te zjawiska psychiczne stanów bezedowoidalnych i tetanoidalnych kumulują się ze sobą, co nie jest zjawiskiem odosobnionem, bo *Eppinger* podkreśla też pewne pokrewieństwo pomiędzy temi zaburzeniami dokrewnemi, zwracając uwagę na ich jednoczesne występowanie. Sądzę, że jeżeli stany tężyczkowate wywołują wzmożoną pobudliwość układu nerwowego, to mogą je również potęgować w dziedzinie psychicznej, jak to ma miejsce w moich doświadczeniach w stosunku do przedstawień ejdetycznych.

Serdecznie dziękuję kierowniczkom szkół powszechnych Nr. 22 i Nr. 15 p. Świdzińskiej i p. Patkowskiej oraz nauczycielkom tych szkół za okazaną mi dobrą wolę i pomoc w przeprowadzaniu powyższych badań.

LITERATURA.

1. Błachowski. Szkoła Powszechna 1926 r. 2. Brezowski. Monatschr. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 62. 3. Fischer u. Welke. Archiv f. Psychiatrie Bd. 70. 4. Fischer u. Hirschberg. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 98. 5. Hofe. Archiv f. Ofthalmologie Bd. 117. 6. Jaensch E. R. u. W. Ztschr. f. Psychologie Bd. 87. 7 Jaensch E. K. u Gottheil. Ztsch. f. Psychologie Bd. 87. 8. Jaensch E. R. u. Herwig Ztsch. f. Psychologie Bd. 87. 9. Jaensch E. R. i współpracownicy: Über d. Aufbau d. Wahrnemungswelt u. ihre Struktur im Jugendalter 1927 r. 10. Jaensch E. R. Ztsch. f. Pedagogische Psychologie 1925. 11. Jaensch W. Ztsch. f. d. ges. N. u. P. Bd. 59. 12. Jaensch W. München. Med. Wochenschrift. 1921. Nr. 35; 1922. Nr. 26. 13. Jaensch W. Grundzüge einer Physiologie u. Klinik der psychophysischen Persönlichkeit 1929. 14. Jaensch W. Ztsch. f. d. ges. N. u. P. 1925. 15. Jankowska H. Rocznik Psychjatryczny z. VIII. 16. Kandinsky. Kritische u. klinische Betrachtungen in Gebiete der Sinnestäuschungen 1885 r. 17. Kandinsky. Archiv f. P. N. Bd. 11. 18. Kiesow. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. LIII H. 4. 19. Kroh. Ztsch. f. Psychol. Bd. 85. 20. Urbantschitsch. Ztsch. f. d. ges. N. u. P. Bd. 41. 21. Zemann. Ztsch. f. Psychol. Bd. 96. 22. Zillig. Fortchrift d. Psychologie Bd. 5 H 6.

SPRAWOZDANIA Z ODDZIAŁÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHJATRYCZNEGO.

1. ODDZIAŁ KRAKOWSKI ZA R. 1926/1928.

27 maja 1926 Walne Zebranie Oddziału: Wybrano Zarząd w następującym składzie: doc. dr. Marcin Zieliński, przewodniczący, doc. dr. Eugenjusz Artwiński, zastępca przewodniczącego, dr. Aleksander Slączka, sekretarz i skarbnik.

4 czerwca 1926. Posiedzenie Oddziału w sprawie katastrofalnego stanu opieki nad psychicznie chorymi w województwie Krakowskiem oraz szczególnie w Krakowie, w związku z wstrzymaniem przyjęć do zakładu w Kobierzynie. Na skutek dyskusji na tem posiedzeniu wynikłej oraz powziętych uchwał Zarząd Oddziału zwrócił się z odpowiedniemi memorjałami do Prezesa Towarzystwa i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

14 Października 1926. Posiedzenie naukowe: *Prof. Piltz* wygłasza wspomnienie ku czci ś. p. Kraepelina. *doc. dr. Morawski* przedstawia pracę kol. kol. *Malinowskiego* i *Siedleczki* p. t.: „Serologiczne grupy krwi u psychicznie chorych zakładu w Kobierzynie". Kol. *Wander* przedstawia przypadek „Paralysis progresiva juvenilis" a kol. *Slączka* przypadek „Glejaka kąta mózgowo-móżdżkowego". Kol. *Zieliński* porusza sprawę założenia w Krakowie T-wa Opieki nad psychicznie chorymi.

25 Listopada 1926. Posiedzenie naukowe: kol. *doc. Zieliński* przedstawia przypadek psychozy w oświetleniu fenomenologicznem. kol. *doc. Morawski* przedstawia pracę kol. *Terajewicza* (abs. med.) p. t.: „Badania nad gruźlicą u psychicznie chorych Zakładu w Kobierzynie".

24 Lutego 1927. Posiedzenie naukowe: Kol. *Stryjeński* wygłasza referat „O metodzie psychodiagnostycznej Rorschacha". Kol. *Slączka* demonstruje przypadek zespołu Korsakowa po grypie. Kol. doc.

Zieliński przedstawia schemat badania psychologicznego psychicznie chorych.

5 Maja 1927. Posiedzenia naukowe: Kol. *Kirschner* demonstruje przypadek „Schizophrenia czy psychoza postencefalityczna". Kol. *Rost* przypadek psychozy więziennej.

14 Czerwca 1927. Posiedzenia naukowe: Abs. med. *Drohocki* wygłasza pracę: „O metodzie Rorschacha z uwzględnieniem własnych badań nad epileptykami". Kol. doc. *Morawski* zdaje sprawą ze Zjazdu psychjatrów w Kocborowie.

27 Października 1927: Walne zebranie Oddziału. Wybrano Zarząd w następującym składzie: Kol. doc. *Zieliński*, przewodniczący, kol. doc. *Artwiński*, zastępca przewodniczącego, kol. dr. *Stryjeński* Władysław, sekretarz i skarbnik. Kol. doc. *Morawski* zdał sprawę z 5. Międzynarodowego zjazdu, poświęconego badaniom nad dziedzicznością w Berlinie.

8 Grudnia 1927. Posiedzenie naukowe: Kol. *Twarożanka* przedstawia przypadek z okresowemi stanami pomrocznemi. Kol. *Czarniecki* odczytuje pracę p. t.: „Opieka nad psychicznie chorymi w Rosji powojennej".

(Posiedzenie to odbyło się wspólnie z T-wem neurologicznem).

14 Stycznia 1928. Dyskusja nad odczytem kol. *Czarnieckiego.* W dyskusji brali również udział zaproszeni członkowie Twa opieki nad psychicznie chorymi.

11 Lutego 1928. Posiedzenie naukowe: Kol. *W. Morawska* przedstawia pracę p. t. „O żelazie fizjologicznem w jądrach podkorowych". Kol. *Doc. Zieliński* demonstruje przypadek stanu manjakalnego u osobnika 60. l.

12 Marca 1928. Posiedzenia naukowe. Kol. *Stryjeński* demonstruje przypadek stanu poencefalitycznego z napadami snu. Kol. *Meissner* odczytuje pracę p. t.: „Odczyn Biernackiego we krwi psychicznie chorych".

24 Maja 1928. Posiedzenie naukowe. Kol. *Issajewicz* odczytuje pracę p. t.: „O odczynie Takata-Ara". Kol. Doc. *Zieliński* przedstawia przypadek guza mózgu z zaburzeniami psychicznemi.

25 Października 1928. Posiedzenie naukowe. Kol. *Głodowski* przedstawił przypadek „Paralysis progressiva juvenilis". Kol. *Medyński* referuje „O badaniach psychotechnicznych i ich znaczeniu". Kol. *Stryjeński* podaje „Wrażenia z kongresu psychjatrów i neurologów francuskich w Antwerpji i z wycieczki psychjatrycznej do Holandji".

6 Grudnia 1928. Posiedzenie naukowe, Kol. doc. *Zieliński* wygłasza wspomnienie ku czci ś. p. Kol. Morawskiego. Kol. doc. *Zie-*

liński mówi „W sprawie psychoz degeneracyjnych". Kol. *Brzezicki* i kol. *Godłowski* przedstawiają pod względem klinicznym i anatomopatologicznym przypadek psychozy atypowej. Kol. Prof. *Piltz* podaje „Przyczynek do leczenia psychosis maniacalis-depressiva". Kol. *Meissner* demonstruje przypadek psychozy w wieku podstarczym.

2. ODDZIAŁ WILEŃSKI

POSIEDZENIE 10-te. dn. 15/III. 1925 r.

Prof. Władyczko: *„Stosunek ciśnienia wewnątrzgałkowego do wewnątrzczaszkowego"* (odczyt drukowany w Rev. Neur. 1925 r. T. 11).

W dyskusji prof. *Szymański* podkreśla znaczenie wzruszeń przy nagłych zaniewidzeniach, które tłomaczy podrażnieniem nerwów współczulnych, na skutek czego następuje rozszerzenie naczyń i podniesienie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Przytacza przypadek zaniku wzroku przy bólach głowy i obrzęku tarczy; po trepanacji ustępują bóle głowy, zmniejsza się obrzęk tarczy i następuje odzyskanie wzroku. Stosunek ciśnienia wewnątrzczaszkowego do wewnątrzgałkowego tłomaczy również preparat jaskry z wyjęciem tarczy, który do czasu wyjaśnienia tych stosunków był niezrozumiałym. (Referent demonstruje preparat jaskry wykonany w pracowni Wintersteinera w Warszawie).

Prof. Władyczko: "*Nowe próby leczenia padaczki*". (Odczyt wydrukowany w Presse Medicale. 1925 r. Nr. 89).

W dyskusji prof. *Schilling-Siengalewicz* zaznacza, że hypoglykaemja jak i hyperglykaemja, stwierdzone przy padaczce mogą być może tylko jednym z objawów ogólnej toksykozy. Zaburzenia w przemianie węglowodanowej przy padaczce wskazują na to, że prócz trzustki muszą tu wchodzić w grę jeszcze i inne gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu, które mają wpływ na asymilację i dyssymilację cukru w organiźmie. a przedewszystkiem tarczyca, nadnercza i gruczoły przytarczycowe. Przy padaczce musi się również uwzględniać możliwość bezpośredniego działania układu nerwowego sympatycznego i parasympatycznego na zaczyny diastatyczne komórek wątrobowych. Terapję cukrową mającą wpływać dodatnio na hyperinsulinismus przy padaczce i tą drogą działać dodatnio na objawy padaczkowe, uważa mówca za mało celową.

Dr. *Jankowska* przytacza doświadczenia *Foerstera* wywoływania objawów tężyczkowych u zdrowych i napadów padaczkowych u padaczkowców za pomocą hyperwentylacji. Przy tym zabiegu za-

chodzą zmiany w alkalozie krwi, które były wogóle niejednokrotnie notowane w padaczce. Być może istnieje zależność zawartości cukru od stanu alkalozy krwi.

Pr. Falkowski: *„Demonstracja kapilaroskopu"*.

W dyskusji prof. *Szymański* informuje, że za pomocą lampy szczelinowej widać w corpus ciliare nie tylko naczynia włosowate, ale i ruch krwinek.

Dr. Falkowski omawia metodę wprowadzania lipjodolu nakłóciem odpotylicznem.

W dyskusji zabierają głos: Dr. *Sycianko*, prof. *Władyczko* i dr. *Falkowski*.

W części II administracyjnej Prof. *Mikulski* przedstawia memorjał w sprawie szpitala psychjatrycznego w Wileńszczyźnie do Gł. Dyr. Sł. Zdr. Po ożywionej dyskusji, w której zabierali głos d-rzy: *Odyniec*, *Sycianko*, *Wirszubski*, *Kibort* i prof. *Władyczko*, memorjał jednogłośnie przyjęto.

Zebranie jednogłośnie prosi prof. *Władyczkę* o reprezentowanie Wil. Oddz. P. T. P. na Zjeździe w Paryżu z powodu 100-letniej rocznicy urodzin *Charcota*.

POSIEDZENIE 11, 12/XI 1925 r.

Prof. Władyczko: *Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Prof, Mikulskim.*

Prof. Radziwiłłowicz: *„Determinizm i indeterminizm"*. (Odczyt wydrukowany w Roczniku Psych. Zesz. III).

W dyskusji zabiera głos Prof. *Władyczko* i Prof. *Radziwiłłowicz*.

Prof. Radziwiłłowicz: *W sprawie akcji o „prophylaxie mentale"*.

Podkreślając konieczność i potrzebę walki z chorobami psychicznemi informuje, co się w tej sprawie robi we Francji ;projektuje utworzenie przychodni pod nazwą „Mens" dla łatwo wyczerpujących się i nałogowców. W dyskusji *prof. Radziwiłłowicz* kładzie specjalny nacisk na walkę z alkoholizmem; proponuje, żeby życzący przeciwdziałać tej pladze zechcieli zgłosić swój udział. Proponuje założyć oddział Warszawskiego Towarzystwa „Trzeźwość". W dalszej dyskusji zabierają głos: Prof. *Szmurło*, prof. *Ejger*, dr. *Brokowski*, ks. *Kulesza*, prof. *Trzebiński*, prof. *Radziwiłłowicz* i prof. *Władyczko*, poczem wyłoniono komisję dla zorganizowania oddziału „Trzeźwość"; w skład jej weszli: ks. *Kulesza*, dr. *Wirszubski*, dr. *Kozłowski*, dr. *Brokowski*.

Dr. Wirszubski: *Opieka nad umysłowo chorymi w Wileńszczyźnie w czasie okupacji niemieckiej.* (Odczyt wydrukowany w Pam. Tow. Lek. Wil. 1926 r. Nr. 1).

Prof. *Radziwiłłowicz* na prośbę przewodniczącego informuje zebranie o zamierzeniach rządu w celu polepszenia opieki nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie (Szpital w Wilnie, jako „Maison d'admission," Patronage familial, „kolonje i duży szpital pod Wilnem").

POSIEDZENIE 12. 17/XI 1925 r.

Dr. Falkowski: *Pokazy chorych:*

1) Pachymeningitis cervicalis

2) Sclerodermia.

W dyskusji zabierają głos *prof. Władyczko, dr. Wirszubski i dr. Achmatowicz.*

Dr. Hurynowiczówna: *„Przypadek bąblowca mózgu".*

Chory 40 lat, kelner z zawodu. Dziedzicznie nieobarczony. Od 23 r. doznaje napadów drgawek prawej połowy ciała, z utratą mowy, nudnościami, bólami głowy i częściowem zamroczeniem świadomości. Ostatniemi czasy napady te są znacznie częstsze. Równocześnie z pojawieniem się napadów chory zaczął źle widzieć na lewe oko i był operowany z powodu rozpoznanego bąblowca lewego oka. Lues negatur. W. w krwi ujemny. Badanie krwi eozynofilii nie wykazało. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. W układzie nerwowym po za wzmożonemi odruchami ścięgnowemi prawej połowy ciała, zmian żadnych się nie daje stwierdzić. Zdjęcia rentgenowskie wykazują liczne zmiany kostne, zgrubienia i osteofity w lewej ossis parietalis i dachu orbity, po linea temporalis, w okolicy sinus fontalis. Wypadek ciekawy z punktu widzenia rozpoznania, czy drgawki i towarzyszące im objawy, wskazujące na sprawę uciskową lewej półkuli mózgowej w okolicy gir. centralis anterior, są spowodowane disseminacją wągra czy też są w związku z deformacją kostną czaszki (Morbus Pageta). Prelegentka demonstruje również preparaty mikroskopowe i mózg chorej cierpiącej na podobne napady drgawek. zmarłej w czasie jednego z napadów. Na sekcji (prof. *Siengalewicz)* stwierdzono obecność licznie (15) rozsianego bąblowca na powierzchn[1] i w głębi mózgu.

W dyskusji zabierają głos prof. *Władyczko*, dr. *Marcińczyk*, prof. *Siengalewicz.*

POSIEDZENIE 13. 20/III 1926 r.

Prof. Władyczko: *Wspomnienia pośmiertne po ś. p. Dr. Kolbergerze i Dr. Janowskim.*

Dr. Falkowski: *Przypadek włóczęgostwa.*

W dyskusji zabierają głos: *Dr. Wirszubski, Dr. Jankowska, prof. Władyczko.*

Dr. Jankowska: *„Przypadek parafrenji, rozwijającej się po przebytym zespole sensytywnych urojeń ksobnych Kretschmera".*

Chory, 48 lat, woźnica w urzędzie, brak obarczenia dziedzicznego. Charakter wybitnie sensytywny *(Kretschmer):* głęboko uczuciowy (napięcie i trwanie), altruistyczny, wysoko etyczny, pedantycznie sumienny, skrupulatny, skłonny do samokrytyki, ambitny, uparty, skryty, obok tego lękliwy, skromny, niewykazujący tendencji do wywyższania się, do walki lub uzewnętrzniania swych przeżyć. W listopadzie 1925 r. będąc na służbowym wyjeździe wziął z toku garść żyta dla koni; o fakcie tym pacjent nikomu nie mówił, ani jak się okazało nikt o nim nie wiedział, wypowiedział się o tem dopiero podczas badania w klinice. Od tego czasu pacjent dręczy się wyrzutami sumienia, wykazuje lęk, niepokój, że ma być aresztowany, prosi chlebodawcę o opiekę gdyż mają go za złodzieja, posądzają o kradzież karmu. Słyszał jak zwierzchnicy mówili między sobą, że nie dadzą mu parceli i nie zrobią go etatowym, bo kradnie. Pacjent od tego czasu do rodziny i otoczenia odnosi się podejrzliwie, z lękiem, posądza, że chcą go otruć, zabić; nie przestawał jednak pracować.

13/I 26 r. przybył do kliniki. Wykazywał wybitny niepokój, lęk, uniżoność wypowiadał urojenia prześladowcze, w których dominowało oskarżenie rzekomych prześladowców, że pacjent jest złodziejem, mówi o bliskiej śmierci swojej i swojej rodziny. Po tygodniu pacjent znacznie spokojniejszy, jest przystępny na oddziaływanie w kierunku krytyki urojeń, jako objawów chorobliwych. Do urojeń odnosi się niepewnie, stopniowo z coraz większym krytycyzmem: 6/11. Wypisany bez żadnych objawów chorobowych, z całkowitym krytycyzmem w stosunku do przebytej choroby. W dwa tygodnie po wypisaniu zachowanie pacjenta stało się dziwaczne, wykazywał obojętność w stosunku do rodziny, do otrzymanej parceli; w ostatnich dniach uważa się za właściciela dwóch majątków, rozmawia z Panem Bogiem, który mu daje moc wskrzeszania zmarłych, robienia z ludzi djabłów i aniołów. Zachowanie się wyniosłe, w pracy popełnia moc niewłaściwości. W tym stanie był demonstrowany. Od 17/III do 6/V powtórnie w klinice. Wybitnie wyniosły, nieprzystępny uważa się za moc bożą, wszystkich uzdrowił w szpitalu, powinien wyjść, jeśli go nie puszczą, „sam niewidzialny wyjdzie bez kluczy", a na tych, co go zatrzymują, „ześle sen wieczny". Przyznaje się, że podczas

poprzedniego pobytu w szpitalu był chory, obecnie uważa się za zdrowego. Od połowy kwietnia coraz przystępniejszy, nie wypowiada urojeń. Głos mu powiedział, że jest zwyczajnym człowiekiem i więcej do niego Pan Bóg mówić nie będzie. Chce być woźnicą lub pracować na parceli. Następnie zupełnie poprawny, krytyczny w stosunku do wypowiadanych urojeń. „To były głupstwa z choroby". Katamneza zebrana w roku 1928 r. od żony wykazuje, że pacjent po wypisaniu przez czas jakiś pracował, stawał się jednak coraz bardziej dziwaczny, wypowiadał fantastyczne urojenia, pracę porzucił, niczem się nie zajmuje, jest wybitnie autystyczny.

Pierwszy zespół objawów nosi wszystkie cechy sensytywnych urojeń ksobnych *Kretschmera.* Wybitnie sensytywny charakter, na który pada przeżycie o charakterze zawstydzającego poczucia niedomogi daje silne intrapsychiczne napięcie afektywne, który nosi charakter defensywny, bez wybuchów agresywnych. Po trzytygodniowym zwolnieniu rozwija się stan o biegunowo różnym zabarwieniu afektywnem, sprzecznem z jego zwykła postawą życiową, która potęgowała się w fazie pierwszej i po kilkudniowym zwolnieniu daje chroniczne zejście. Wystąpienia kolejne różnych stanów można tłomaczyć tem, że ta sama konstytucja może usposabiać pod względem psychologiicznym do reakcji psychopatycznej, jednocześnie pod względem biologicznym do rozwoju procesu parafrenicznego. Skądinąd naruszenie równowagi psychicznej przez reaktywną psychozę mogło stworzyć moment, sprzyjający do powstania parafrenji (*Kretschmer).*

W dyskusji zabierali głos: dr. *Falkowski*, prof. *Wirszubski*, prof. *Władyczko.*

Prof. Rettinger: *„Badania serologiczne w psychjatrji".*

W dyskusji zabierają głos: dr. *Falkowski*, dr. *Wirszubski*, prof. *Rettinger* i Prof. *Władyczko.*

Dr. Wirszubski: *„Coma neoplasmaticum".* (Wydruk. w Nowinach Lek. 1926 r. Nr. 7).

W dyskusji zabierają głos: dr. *Falkowski* i prof. *Władyczko.*

POSIEDZENIE 14, 28/XI 1926 r.

Prof. Władyczko: *Wspomnienie pośmiertne o Prof. E. Kraepelinie.*

Dr. Wirszubski: *„O opiece rodzinnej nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie".* (Wydrukowany w Now. Lekarsk. Nr. 2. 1927 r.).

W dyskusji zabierają głos: dr. *Tukałło*, dr. *Falkowski*, prof. *Władyczko*, dr. *Czarnocki*, dr. *Malinowski* i dr. *Wirszubski.*

Na wniosek prof. *Władyczki* uchwalono by Wileński Oddział Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego wystąpił z memorjałem do

odnośnych władz z wnioskiem jaknajrychlejszego zorganizowania Patronatu Rodzinnego, który już został samorzutnie zapoczątkowany.

Dr. Tukałło: *„Sprawozdanie z VI zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie".*

Prof. Władyczko: *„Sprawozdanie z rozpraw nad zagadnieniem schizophrenji na Zjeździe w Szwajcarji.*

Prof. Władyczko: *„W sprawie tropopatologji".*

W dyskusji zabierają głos: dr. *Wirszubski* i prof. *Władyczko.*

Dr. Jankowska: *„Przyczynek doświadczalny do nauki o ejdetyźmie i jego związku z konstytucją fizyczną".* (Doniesienie tymczasowe, praca w całości — w druku).

POSIEDZENIE 15. 15/XI 1927 r.

Prof. Władyczko: *„O hyperwentylacji".*

Dr. Wirszubski: *„O odruchach względnych".* (Nowiny Psych. Nr. 3, 1927 r.).

W dyskusji zabierają głos: prof. *Trzebiński,* dr. *Wirszubski.*

Prof. *Władyczko* powiadamia, że w sprawie opieki rodzinnej został wysłany odnośny wniosek oraz informuje o powstaniu komitetu organizacyjnego przy województwie, do którego ma wejść trzech członków Wileńskiego Oddziału. Wybrano prof. *Władyczkę,* dr. *Wirszubskiego* i dr. *Falkowskiego.*

Dr. Jankowska: *„Sprawozdanie z działalności ustępującego zarządu".*

Wybrany nowy zarząd: prof. *Radziwiłłowicz,* dr. *Falkowski* dr. *Jankowska.*

POSIEDZENIE 16. 16/III 1927 r

Prof. Władyczko: *„O zjawiskach jasnowidzenia".* Referent przytacza hypotezę, dążącą do wyjaśnienia zjawisk jasnowidzenia, w szczególności omawia wyniki doświadczeń nad Władziem Zwirliczem. Następuje demonstracja Władzia, który w stanie hypnozy daje odpowiedzi na pisemne pytania publiczności skierowane do ojca chorego lub do prof. Władyczki. Odpowiedzi daje częściowo trafne, czasem nieco ogólnikowe, lub niezupełnie dokładne, czasem nietrafne. W doświadczeniach z prof. *Władyczką* odpowiedzi wypadły naogół gorzej.

Prof. *Radziwiłłowicz* podkreśla, że ta dziedzina zjawisk tajemnych powinna podlegać ścisłym badaniom naukowym, które już przyniosły ważne zdobycze nauce psychologji. Dla wytłomaczenia bowiem zjawisk metapsychicznych wystarczy często przyjęcie istnienia jakiejś sztuczki.

POSIEDZENIE 17. 4/V 1927 r.

Prof. Radziwiłłowicz: *„Cechy psychjatrji, jako nauki biologicznej"*.

Referent rozwija i uzasadnia tezy następujące: 1) chorobliwe zaburzenie psychiczne jest zboczeniem z drogi prawidłowego rozwoju psychicznego, 2) postępowanie, biologicznie nieprzystosowane, jest najbardziej istotnym objawem chorobliwego rozstroju psychicznego, 3) choroba psychiczna jest wynikiem rozstroju jaźni duchowej, stanowiącej szczytowy okres w rozwoju jaźniowym, 4) postać choroby psychicznej czynnościowej zależy od tego z jakiego źródła jaźniowego (jaźń cielesna, społeczna, duchowa) powstała choroba.

W zakończeniu referent podkreśla, iż w ogólności prawo rozwoju w treści i metodzie myślenia nie jest należycie wyzyskiwane i uwagi jego miały na celu podjęcie próby chociażby częściowego wyzyskania tego prawa w dziedzinie psychjatrycznej.

W dyskusji zabierają głos: Prof. *Trzebiński*, dr. *Wirszubski* i prof. *Radziwiłłowicz*.

Streszczenie z bieżącej literatury psychjatrycznej i neurologicznej odczytali: Dr. *Falkowski*, dr. *Jankowska*, prof. *Radziwiłowicz* dr. *Tukałło* i dr. *Wirszubski*.

POSIEDZENIE 18, 18/V 1927 r.

Dr. Falkowski: *„Czynniki wychowawcze w lecznictwie psychjatrycznem"*.

Zasadniczą myślą referenta jest, iż powinien być położony nacisk na wychowanie chorych, że podawanie środków uspakajających wywierają zły wpływ na leczących i pielęgnujących, demoralizując ich przez odsuwanie potrzeby wpływu wychowawczego. Lecznictwo psychjatryczne na wzór życia społecznego zmienia słę i przystosowuje do nowych warunków. (Praca przeznaczona do druku:)

W dyskusji zabiera głos: Prof. *Radziwiłłowicz* i dr. *Falkowski*.

Streszczenie z bieżącego piśmiennictwa psychjatrycznego i neurologicznego odczytują: Dr. *Wirszubski*, dr. *Tukałło*, prof. *Radziwiłowicz*, dr. *Jankowska*, dr. *Falkowski*.

POSIEDZENIE 19, 30/VI 1927 r.

Dr. Jankowska: *„Przypadek ostrej omamowej psychozy alkoholowej"*.

Referentka demonstruje przypadek z tego względu, że chory obok licznych omamów słuchowych i wzrokowych, urojeń ksobnych i nastroju lękowego, wykazywał jaskrawo objaw ugłośnienia myśli. (Praca w całości drukowana w Roczniku Psychjatrycznym zesz. VIII).

W dyskusji zabierali głos: dr. *Wirszubski*, prof. *Radziwiłłowicz*, dr. *Jankowska*.

Dr. Jankowska: *„Sprawozdanie ze Zjazdu Psychjatrów Polskich w Kocborowie.*

POSIEDZENIE 20-te i 21-sze, 28/IX i 12/X 1927 r.

Prof. Radziwiłowicz: *„W sprawie organizacji Szpitala Psychjatrycznego w Wilnie"*. Prelegent omawia projekt, drukowany w Now. Psych. kw. 3. 1927 r.

W dyskusji zabierają głos: Prof. *Trzebiński*, dr. *Wirszubski*, dr. *Kibort*, dr. *Tukałło*, dr. *Falkowski*, prof. *Radziwiłłowicz*; w wyniku postanowiono wystąpić do Zarządu Głównego z memorjałem w sprawie budowy szpitala pod Wilnem.

POSIEDZENIE 22, 2/XI 1927 r.

Dr. Jankowska: *„Przypadek niemoty czuciowej przy lewostronnem porażeniu"*.

Choroba zaczęła się przed 6 mies. porażeniem lewej kończyny dolnej. Następnie porażenie objęło całą lewą stronę, jednocześnie nastąpiły zaburzenia mowy, potem stany podniecenia, drażliwość. W klinice stwierdzono niedowład lewych kończyn charakteru ośrodkowego, (wzmożenie odruchów ścięgnowych, stopotrząs, odruch Babińskiego i inne, osłabienie lewych odruchów brzusznych) oraz zaniki mięśniowe na obu kończynach lewych (różnica w obwodzie ramion $1^1/_2$ cm. i w obwodzie podudzi 2 cm). Czucie zachowane, reakcji zwyrodnienia brak, źrenica prawa nieco szersza od lewej, obie oddziaływują sprawnie, lekka asymetrja twarzy na niekorzyść dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego. W. R. w krwi i płynie 4+, pole widzenia bez zmian. Pacjent zupełnie nie rozumie pytań ani zleceń, jedynie odpowiada na pytanie o jego nazwisko. Wybitna parafazja i żargonofazja zarówno w mowie, jak i w czytaniu; przepisuje pisane pismo prawidłowe, drukowanego przepisać ani pisać pod dyktando nie może. Kuracja przeciwkiłowa (neosalv. + rtęć, NJ dożylnie) bez skutku. Referentka podkreśla dwie osobliwości tego wypadku. Dość znaczne zaniki mięśniowe przy stosunkowo krótko trwającym ośrodkowem porażeniu połowiczem. Przytacza przypadki podobne opisane w literaturze i hypotezy dla wytłomaczenia ich. Druga osobliwość to objaw niemoty czuciowej przy lewostronnem porażeniu, którą można tłomaczyć bądź wieloogniskowością sprawy kiłowej (nierówność źrenic, lekki niedowład d. g. pr. n. twarzowego, który jest zresztą tak nieznaczny, że może być i wrodzoną asymetrją),

bądź umiejscowieniem ośrodka mowy w prawej półkuli, które to przypadki były niejednokrotnie notowane. Jednoczesność wystąpienia niedowładu i niemoty przemawia raczej za drugiem przypuszczeniem.

W dyskusji zabierają głos: Dr. *Wirszubski*, dr. *Tukałło*, dr. *Malinowski*, dr. *Jankowska*.

Dr. Falkowski: *„O afazji"*.

Referent przedstawił rozwój poglądów na afazję i stan obecny, podając ostrej krytyce spekulacje tak łatwe w nauce o afazji. Następnie zademonstrował dwa przypadki afazji 1) afazji całkowitej 2) afazji całkowitej, ustępującej, wykazującej obecnie objawy afazji typu podkorowego. Następnie omówił dwa przypadki afazji pochodzenia urazowego 1) afazja transkortykalna ruchowa (kość skroniowa lewa wdrążona do mózgu; (na sekcji encephalitis lobi front sin. absc. l. temp.) 2) zupełnej afazji i afemji przy zachowaniu sprawności pisania i rozumieniu mowy. Po operacji (wybroczyna pod oponą) — odzyskanie mowy.

W dyskusji zabierają głos: Dr. *Wirszubski*, dr. *Tukałło*, dr. *Falkowski*.

Prof. *Radziwiłłowicz* informuje, że memorjał w sprawie szpitala pod Wilnem został przesłany do Zarządu Głównego P. T. P. i odpis złożony wojewodzie. Prof. *Radziwiłłowicz* zaproponował wojewodzie powołać komisję budowy, złożoną z architekta i psychjatry, któraby do 1 stycznia 28 r. opracowała projekt budowy, w styczniu zwołać konferencję przedstawicieli i rzeczoznawców i skierować sprawę do Warszawy z oznaczeniem terminu, żeby z początkiem budowlanego sezonu przystąpić do budowy.

POSIEDZENIE 23, 30/XI 1927 r.

Prof. Trzebiński: *Idea Uniwersytetu w pojęciu Jaspersa*. Zadaniem uniwersytetu, którego idea według *Jaspersa*, jest ideą międzynarodową helleńsko-germańską jest: 1) wyszkolenie zawodowe, którego w całej gotowości, potrzebnej do pełnienia zawodowej czynności, uniwersytet dać nie może, wskazując tylko drogi do jego osiągnięcia, podczas gdy resztę każdy musi zdobyć własną pracą 2) Rozwój duchowy, obejmujący to, co *Jaspers* nazywa „Geist", a co jest umiejętnością uświadamiania związków pomiędzy fenomenami i ich całością, a własnym duchem oraz „Bildung", wykształcenie, a właściwie coś więcej niż oznacza polski termin, bo pewien stopień rozwoju duchowego, odpowiadający uznanemi w pewnym miejscu i czasie ideałowi, w którym mieszczą się prócz intelektual-

nych również etyczne momenty. Przykład: helleński „kalosgatos", rzymski—„dejuram", angielski „gentleman", 3) Rozwój nauki.

Tych duchowych wartości ludzie sobie udzielają za pomocą obcowania duchowego, a mianowicie A) nauczania, w którym to razie strona ucząca dąży do opanowania strony uczącej się. Nauczanie może być trojakiego rodzaju, a) scholastyczne: interpretowanie nauki, pochodzącej od ogólnie uznanej powagi, stojącej po za nauczycielem, którego osoba schodzi wówczas na drugi plan (nauczanie w średniowiecznych uniwersytetach), b) wychowanie przez mistrza. Na pierwszy plan występuje tu właśnie osoba nauczyciela (twórcy szkół filozoficznych, religji i sekt). Ten sposób zawiera najwięcej momentów wychowawczych c) metoda sokratyczna: nauczyciel dobrowolnie wyrzeka się swego uprzywilejowanego stanowiska, starając się o wydobycie drogą, zręcznych pytań z ucznia twierdzeń, do których uznania chce go doprowadzić. Nauczanie uniwersytetu dąży do tego właśnie ideału nauczania. Jednakże równie całkiem monologowy sposób może być owocny, o ile zawiera całość nie tylko wyników lecz metod do nich prowadzących. Wszystkim tym metodom wspólna konieczność respektu, bez którego może być mowa jedynie o bezmyślnem wykuwaniu lub również bezmyślnej tresurze B) Komunikacja duchowa w ściślejszym sensie, gdzie żadnej stronie a priori nie jest właściwa przewaga duchowa nad drugą. Odbywa się ona w ściślejszych kołach po za wykładami i ćwiczeniami, drogą dysputy i dyskusji. W dyspucie obie strony wychodzą z przesłanki wspólnie uznanej, dążąc drogą rozumowania do różnych wysiłków z chęcią zwycięstwa nad przeciwnikiem, w dyskusji niema dążenia do zwycięstwa lecz chodzi o wspólne ustalenie pewnych założeń i rozwinięcia dalszego rozumowania na ich podstawie. Uniwersytet nie dążąc do narzucenia uczniom nauki, wyszkolenia ani wykształcenia i wychowania, wskazując tylko drogi i dając potrzebne narzędzia w ręce uczniom, pozostawia im zupełną wolność korzystania z nich i wyrabiania się własną pracą i zdolnościami, a wolność ta dochodząca nawet do wolności zmarnowania się, jest właśnie tem co nazywamy wolnością uniwersytecką, z idei uniwersytetu wypływającą, do której życie uniwersytetu winno się dostosować (*Jaspers* np. jest za pozostawieniem jaknajwiększej wolności w kierunku rozkładu obowiązkowych wykładów i kolejności ich słuchania). Również wolność nauczania ceni on tak wysoko, że gotów jest przyjąć jako dobrodziejstwo nawet niektóre nieporządane objawy, niekiedy wypływające z zupełnej autonomji kierowników katedr uniwersyteckich, pod warunkiem, żeby każdy z nich był nie tylko nauczycielem, lecz

też badaczem naukowym i żeby całokształt życia uniwersyteckiego znajdował się przecież pod pewną umiejętną i życzliwą kontrolą jakiegoś czynnika po za uniwersytetem stojącego np. kuratora. Uniwersytet należy wprowadzić do narodu, cele jego jednak powinny wystrzelać ponad naród. Stąd też powinny mu być obce walki narodowościowe, a godząc się na udzielanie honorowych stopni uniwersyteckich tytułem nagrody za poważne świadczenia finansowe na korzyść uniwersytetu, *Jaspers* przeciwny jest ich udzielaniu, jako dowodu uznania za zasługi dyplomatycznego lub militarnego charakteru. Z tem wszystkiem uniwersytet dbać powinien o to, aby na katedry powoływać przedewszystkiem własnych obywateli, a na studja wymagające z technicznych względów ograniczenia liczby studentów dopuszczać cudzoziemców i to takich, co nie są wyraźnie germanofobami, tylko po zaspokojeniu własnych obywateli.

Wypowiadając się o streszczonej w głównych tylko zarysach książce, wypada zaznaczyć, że idea uniwersytecka *Jaspersa* jest wprawdzie w istocie ideą germańską, że jednak nie można tem mianem ochrzcić idei uniwersytetu wogóle, choćby dlatego, że powstała ona i rozwijała się początkowo przeważnie wśród narodowości romańskiej. Polskiego czytelnika tej książki zainteresuje jeszcze coś więcej, a mianowicie pytanie, czy my mamy własną ideę uniwersytetu. Idea ta potrzebuje do sformułowania i rozwinięcia ciągłości. U nas ciągłość zewnętrzną miał tylko jeden Uniwersytet Jagielloński, ale wewnętrzną jego ciągłość przerwał okres rozbiorów i to w chwili kiedy odbywało się jego przekształcenie z instytucji średniowiecznej na nowożytną. Inne nasze uniwersytety ciągłości tej nie miały. To też nasza idea uniwersytecka nie może być jeszcze gotowa. Na zjeździe uniwersyteckim zorganizowanym przez Kasę Mianowskiego wiosną 1926 r. słyszało się też tylko o dwóch zadaniach uniwersytetu: wyszkoleniu zawodowem z jednej i rozwoju naukowym z drugiej strony, natomiast nie słyszało się nic o trzecim równie ważnym przez *Jaspersa* sformułowanym zadaniu, mianowicie o wykształceniu, wychowaniu i światopoglądzie. To bezwątpienia opuszczenie, które w naszej ideologji musi być wypełnione. W jaki sposób zaś je wypełnimy i w jaki się całkowita nasza idea uniwersytetu ułoży, to zależeć będzie od rozwoju naszej ideologji narodowej i państwowej. Myślę też, że kierowniczych myśli ku temu wypadnie nam szukać nietylko w historji naszej wielkiej myśli politycznej, która nadawała charakter naszemu życiu począwszy od końca XIV wieku aż do czasu, kiedyśmy ją zatracili w końcu XVII wieku,

i XVIII, tak też w wielkiej poezji i filozofji XIX wieku. Kto dożyje, zobaczy.

W dyskusji zabierają głos dr. *Falkowski* i prof. *Trzebiński*.

Dr. Wirszubski: *„Wakcynoterapja w neurologji i psychjatrji"* (Odczyt druk. w Nowinach Psych. kw. I—II. 1928 r.).

W dyskusji zabierają głos: dr. *Falkowski* i dr. *Wirszubski*.

POSIEDZENIE 24, dn. 15/II 1928 r.

Prof. Radziwiłłowicz: *„Wspomnienie pośmiertne o ś. p. D-rze Skoczyńskim"*.

Dr. Falkowski: *„Ustawodawstwo psychjatryczne w Europie"*. Danja nie posiada prawodawstwa psychjatrycznego, istnieją tylko przepisy; pomimo to, lub może dzięki temu słusznie może być dumną ze swej opieki nad psychicznie chorymi. Ustawodawstwo norweskie odznacza się brakiem zbędnych formalności przy umieszczaniu chorego w zakładzie. W wypadkach nagłych uznaje się za wystarczające telefoniczne lub telegraficzne zgłoszenie chorego. Litera prawa węgierskiego pozostała czemś martwem, wymagania życia praktycznego utorowały sobie łatwiejszą prostszą drogę. W Niemczech życie okazało się silniejszem od biurokratyzmu, decyzje urzędów są tylko formalnością. Pod płaszczykiem „wypadków nagłych" dokonywane są przyjęcia, po których dopiero myśli się o załatwieniu formalności.

Wszystkie prawodawstwa mają jedną cechę wspólną. Mianowicie odznaczaią się wielkim brakiem zaufania do stanu lekarskiego wogóle, a do lekarzy zakładów psychjatrycznych w szczególności. Cały szereg paragrafów ma na celu unieszkodliwienie lekarza i skrępowanie jego działalności.

Francja nie uznaje świadectw, wystawionych przez lekarza zakładowego. Belgja żąda meldowania aż do 6 urzędów każdego wstąpienia chorego. W Holandji decyduje o przyjęciu sędzia powiatowy, który może badać chorego, nawet nie wzywając lekarza. W wypadkach wątpliwych przeważa głos nie lekarza, lecz prawnika. W Anglji kontroluje zakłady komisarz-laik. W Szwajcarji dla przyjęcia jest potrzebne upoważnienie policji, wznawiane co 6 miesięcy, Włochy czasowe przyjęcie uzależniają od sądu I instancji, ostateczne zaś od sądu II instancji za pośrednictwem prokuratorji, Hiszpanja i Portugalja podporządkowują zdanie 3 lekarzy opinji burmistrza.

Więcej liberalnemi są Danja, Szwecja i Norwegja, gdzie decydującym czynnikiem we wszystkich sprawach, dotyczących umysłowo chorych, jest orzeczenie lekarskie. Prusy, których obecne prawodawstwo jest też przepełnione formalnościami, weszły jednak na inną drogę w projekcie nowej ustawy psychjatrycznej, uwzględniającej przedewszystkiem zdanie lekarzy-fachowców. Znamiennem jest, że tam, gdzie prawo odznacza się szczególną surowością i formalistyką, życie łamie go z całą bezwzględnością. (Holandja, Belgja, Rosja).

W dyskusji zabierają głos: Dr. *Tukałło* i Prof. *Radziwiłłowicz.*

Prof. *Radziwiłłowicz* referuje rozporządzenie prezydenta o opiece nad psychicznie chorymi i przedstawia zebranym swoje uwagi tyczące się niektórych paragrafów ustawy. Po dyskusji, w której zabierają głos dr. *Malinowski*, dr. *Wirszubski*. dr. *Falkowski*—przyjęto wniosek prof. *Radziłłowicza* żeby uwagi tyczące się ustawy o opiece nad psychicznie chorymi zostały przesłane w imieniu Zarządu Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego do Komitetu Psychjatrycznego w Warszawie.

POSIEDZENIE 25, dn. 14/III 1928 r.

Prof. Władyczko: *„Charakterystyka naukowej działalności ś. p. prof. Bechterewa"* drukowana w Polsk. Gaz. Lek. 1928 r, Nr. 18.

Dr. Malinowski: *„Przypadek morfinizmu"*.

Odczytuje wyjątki ze wspomnień pacjenta morfinisty, który opisuje swój stopniowy rozwój przyzwyczajenia do morfiny, wrażenia doznawane po przyjęciu narkotyku i doznawania głodu morfinowego.

POSIEDZENIE 26, dn. 18/V 1928 r.

Prof. Siengalewicz: *„Wydzielanie wewnętrzne wątroby i wpływ tego wydzielanie na układ nerwowy"*.

Wewnętrzne wydzielanie wątroby na podstawie dotychczasowych badań daje się ująć w trzech głównie kierunkach: 1) Wydzielina wewnętrzna wątroby reguluje stany kolloidalne ustroju, działając na tkankę łączną, tak ważną w przemianie materji wogóle. 2) Badania współczesne *(Penda, Reid, Hunt)* wykazują synergetyczne działanie wewnętrznego wydzielenia istniejące między wątrobą i tarczycą, co łatwo może wyjaśnić pewne zaburzenia układu nerwowego, w których i tarczyca przyjmuje czynną rolę. 3) Badania *Renoult i Caporta* stwierdziły, że wątroba zawiera czynnik termolobiliny, wpływający bardzo wybitnie na czynności kory mózgowej w kierunku utrzymania prawidłowej pobudliwości mózgu.

Dotychczasowe badania pozwalają przyjąć, że szereg schorzeń natury czynnościowej układu nerwowego, odnieść należy do nadczynności względnie podczynności wewnętrznego wydzielania wątroby, co udało się ustalić w badaniach klinicznych *Pendego*.

W dyskusji zabierają głos: prof. *Trzebiński*, dr. *Wirszubski*, dr. *Czarnocki*, dr. *Jankowska*.

POSIEDZENIE 27, dn. 20/VI 1928 r.

Prof. Radziwiłowicz: *„Sprawozdanie z VIII Zjazdu Psychjatrów"*.

Dr. Jankowska: *„Badanie nad sprawnością czynnościową wątroby w padaczce"*.

Prof. *Siengalewicz* uważa badanie sprawności czynnościowej wątroby w padaczce za b. ciekawe, wobec pokrewieństwa napadu padaczkowego z wstrząsem anafilaktycznym, który wskazuje, że napad jest wynikiem zatrucia organizmu produktami białka (NH_3). Podkreśla trudności metodyczne, np. metoda barwikowa nie daje wyników. Szczególne znaczenie przypisuje badaniu regulacji wodnej i przemiany azotowej.

Prof. Radziwiłłowicz: *Doświadczalne i pozadoświadczalne w psychjatrji*. (Wyszło z druku: Rocznik Psychjatryczny, zesz. IX).

POSIEDZENIE 28, dn. 4.X 1928 r.

Prof. Radziwiłłowicz: *„Sprawozdanie ze Zjazdu przeciwalkoholowego w Antwerpji w dn. 20—26 sierpnia 1928 r."*.

Zjazd był przeciążony, referatami wskutek tego najważniejsze zagadnienia ruchu alkoholowego nie zostały dostatecznie rozwinięte i wyświetlone: np. nie było należycie wyzyskane sprawozdanie Ameryki o wynikach prohibicji w Stanach Zjednoczonych, chociaż sprawozdawcą był dyrektor Urzędu Prohibicyjnego. To samo należy powiedzieć o wynikach prohibicji w Finlandji.

Z zagadnień naukowych poruszanych na Zjeździe na 1-sze miejsce wysunął się prof. *Puusepp* z Dorpatu, ktory przedstawił sprawozdanie z wyniku swoich badań nad dziedzicznością alkoholizmu. Badania były przeprowadzane nad królikami i dotyczyły zmian, które alkoholizm rodziców wywołuje u potomstwa w gruczołach o wydzielaniu dokrewnem, a głównie grasicy. Ważne zagadnienia poruszył min. szwedzki *Saudler* o sprawie alkoholizmu, jako zagadnienia międzynarodowego. Bardzo cenne były wskazówki, jak zastąpić w gospodarstwie ubytek, który spowoduje zaprzestanie wyrobu win z jagód i owoców. To zagadnienie gospodarcze, które

dla wielu wydaje się najważniejszą trudnością w walce z alkoholizmem, może być rozwiązane łatwo w ten sposób, że zamiast podawania soków fermentacji, sterylizuje się i sprzedaje jako przymieszka do wody do picia. Następny zjazd postanowiono odbyć w Warszawie na zaproszenie Rządu Polskiego.

Prof. *Radziwiłłowicz* przedstawia projekt programu Sekcji Psychjatrycznej na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wilnie we wrześniu 29 r.

POSIEDZENIE 29, dn. 5.XII 1928 r.

Prof. Radziwiłłowicz: *„Wspomnienie o ś.p. Docencie D-rze J. Morawskim i D-rze Adamie Wizlu"*.

Prof. Radziwiłłowicz: *„Z nowszych badań nad układem autonomicznym"*. Referent zwraca uwagę, że badania nad budową i czynnościami układu autonomicznego pozostawiają ten charakter tylko czynnościom oddawczym, nie są jeszcze ustalone; omawia obszerniej prace *prof. Łapińskiego*, wykazujące istnienie w układzie autonomicznym narządów własnych nie tylko oddawczych, ale i odbiorczych i kojarzeniowych. Podaje na rozważenie znaczenie działalności układu autonomicznego jako warunku fizjologicznego zjawisk psychicznych. We wzruszeniu i uczuciu podkreśla szczególnie znaczenie pracy *dc. Beera* wykazującej, że ton mięśniowy stały w mięśniach prążkowanych zależy od układu sympatycznego.

W dyskusji zabierają głos: prof. *Ejger*, prof. *Radziwiłłowicz* i dr. *Wirszubski*.

Prof. *Eiger* podkreśla wielkie znaczenie nauki o układzie autonomicznym dla psychjatrji. Liczba czuć zależnych od układu roślinnego jest znacznie większa, niż się przypuszcza. Sprawa woli odgrywa znaczną rolę. Co do wpływu układu roślinnego na mięśnie prof. *Eiger* wypowiada następujący własny pogląd, przenosząc mechanizm działania nerwu błędnego i m. accel. w stosunku do serca na mięśnie prążkowane. Działanie dodatnie i ujemne 2 antagonistów sercowych jest: chronotrofowe, batmotrofowe (próg), dromotrofowe (przewodnictwo) i inotrofowe (siła skurczu). Działanie batmotrofowe układu roślinnego na mięśnie prążkowane podkreślił prof. *Radziwiłłowicz* w swym odczycie.

Dr. Jankowska: *Sprawozdanie z działalności ustępującego zarządu.*

Wybrany nowy Zarząd: prof. *Radziwiłłowicz*, dr. *Jankowska*, dr. *Falkowski*.

POSIEDZENIE 30, dn. 24/I 1929 r.

Dr. Falkowski: *„Uwagi do projektu o opiece nad osobami psychicznie chorymi".*

Referent jest zdania, iż podstawą dyskusji na Zjeździe Psychjatrycznym powinien był być projekt, opracowany przez psychjatrów, a nie kompromisowy, jak to miało miejsce. Lepiej jest, żeby w Polsce został wprowadzony projekt, narzucony przez ustawodawcę, niż żeby sami psychjatrzy podawali, jako swój projekt, nie odpowiadający istotnym wymaganiom lekarskim. Przeładowanie i brak czasu na zjeździe uniemożliwił przeprowadzenie dyskusji nad tą żywotną sprawą. Referent omawia każdy z artykułów projektu, który zdaniem jego powinien być zmieniony. Najważniejsze uwagi tyczą się art. 4. Podział zakładów na przynoszące zysk i nieprzynoszące jest niewykonalny i nierealny, gdyż państwowe zakłady mogą mieć budżety obliczone na zysk, a prywatne mogą mieć budżet deficytowy. Niejasnem jest co oznacza, iż koszty leczenia ponoszą „w zasadzie chorzy sami", a jest to zasadnicza kwestja. Art. 22 stwarza prawa wyjątkowe dla zakładów psychjatrycznych: oczywiście, że jeżeli prokurator ma podejrzenie, iż w którymś z zakładów dzieją się nadużycia, to jest jego obowiązkiem otoczyć zakład opieką swoją lub sędziego, ale względem zakładów psychjatrycznych nie należy stosować wyjątkowych praw. Wskazówki do prześladowania nadużyć, które mogą zdarzyć się w zakładzie psychjatrycznym winne się mieścić w kodeksie karnym i w przepisach postępowania karnego, a nie w ustawie psychjatrycznej. Art. 23. Jest rzeczą niedopuszczalną ażeby wyrok sądu był zmieniany przez kolegjum. Art. 27: Nie może być zadaniem ani obowiązkiem, dyrektora zakładu zakładanie sprzeciwu co do zwolnienia, jest to sprzeczne z najelementarniejszem zasadami psychjatrji. W art. 30 trzeba wyrzucić słowa: kierownik zakładu. Art. 35: Jest rzeczą niedopuszczalną umieszczanie podobnego artykułu w ustawie gdy jest on szkodliwy i sprzeczny z zasadami leczenia. Prokurator i sędzia śledczy może w każdej chwili dnia i nocy oczywiście przeprowadzać dochodzenia, o ile ma podejrzenia, lecz nie należy umieszczać tego w ustawie, inne osoby mogą odwiedzać zakład w porze odpowiedniej. Karty szpitalne są własnością szpitala i nikt do nich wględu mieć nie powinien. Na żądanie sądu zakład wydaje opinję sądową. Jest niemożliwem pogodzenie art. 40 z art. 5 gdyż nigdy granica między zdrowiem i chorobą nie jest ostra. A jeżeli chory sam chce pozostać w szpitalu psychjatrycznym? Art. 41: nikt nie może przewidzieć kto jest, a kto może być niebezpiecznym dla otoczenia.

Kierownik zakładu nie może posiadać prawa odmowy wydania chorego jego prawnemu opiekunowi. Wprowadzenie decyzji wojewody jest wprowadzeniem jeszcze jednej nowej instytucji decydującej poza sądem, inspektorem, kolegjum. Zadanie inspektora powinno polegać na opiece pozazakładowej, w każdym razie inspektor nie może wtrącać się do lecznictwa zakładowego. Jeden inspektor wystarczy na całą Polską.

Prof. Radziwiłłowicz, dziękując referentowi za podzielenie się z towarzystwem b. trafnemi i słusznemi uwagami i oświetlenie niektórych punktów ustawy, proponuje je opracować i złożyć komisji rzeczoznawców powołanych do opracowania ustawy.

W dyskusji zabierają głos: *dr. Wirszubski i dr. Falkowski.*

POSIEDZENIE 31, dn. 25/11 1929 r.

Dr. Wirszubski: *„Przyczynek do różniczkowego rozpoznania anisokorji".*

Utarty pogląd na anisokorję, jako przywilej neuropatologji, stracił na swojej aktualności, gdyż anisokorja może również towarzyszyć rozmaitym schorzeniom narządów wewnętrznych.

Dr. Hurynowiczówna: *„O stosowaniu ionizacji w chorobach układu nerwowego".*

Po krótkiem streszczeniu historji stosowania tej metody w różnych dziedzinach medycyny, prelegentka przedstawia współczesne poglądy na istotę mechanizmu ionizacji w żywej tkance i przechodzi do omówienia techniki tej metody, wprowadzonej do leczenia chorób układu nerwowego przez *Bourguignona*. Polega ona na stosowaniu 1% chlorku wapnia w wypadkach spastycznego połowicznego porażenia, wszelkiego rodzaju drżeniach, nerwobólach i 1% jodku potasu w porażeniach rdzenia, stwardnieniach wieloogniskowych, zapaleniach nerwów. W porażeniach układu nerwowego ośrodkowego elektrodę czynną (jod na ujemnym biegunie, chlorek wapna na dodatnim) umieszczamy na oku przeciwległem porażeniu (w hemiplegii) lub na obydwuch jamach ocznych (w myelitis, sclerosis disseminata), drugą na otworze potylicznym lub na kości krzyżowej. W sprawach obwodowych elektrody umieszczają się w ten sposób by objekt poddany działaniu był w elektrycznem polu wędrujących ionów. Następnie prelegentka omawia wyniki własnych obserwacji, zebranych przy stosowaniu tej metody na chorych Kliniki Neurologicznej U. S. B. Dotyczą one chorych z rwą kulszową, porażeniem nerwów trójdzielnego, promieniowego, łokciowego, przerostem gruczołu tarczowego, bliznami pooperacyjnemi (ogólna liczba chorych

23), wyniki wyraźnie dodatnie. Na zakończenie prelegentka porusza sprawę stosowania tej metody we wszystkich wypadkach, gdzie istnieją zbliznowaciałe tkanki: w jamie brzusznej (pooperacyjne) w miednicy małej (zrosty), w jamie klatki piersiowej (zrosty opłucnej), blizny pooperacyjne, ankylozy stawów i t. d.

W dyskusji zabierają głos: *dr. Wirszubski, prof. Radziwiłłowicz.* i *dr. Hurynowiczówna.*

Sekretarz *H. Jankowska.*

3. ODDZIAŁ WARSZAWSKI.

VIII-my RCK.

POSIEDZENIE DNIA 19 PAŹDZIERNIKA 1927 r.

1. Brunowa. *Sprawozdanie sekretarza Zarządu Oddzlalu Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego za rok 1926/27.*

W końcu 1926 roku liczba członków Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego wynosiła 72 osoby. W przeciągu roku sprawozdawczego ubyła koleżanka Rzeczycka, przybyło zaś 7 członków: koleżanki Blüthówna, Mendelsburg, Rozenblumówna, oraz Jakubiańcówna, koledzy: W. Kamiński, Giżycki, Beker.

Posiedzeń naukowych odbyło się włącznie z dzisiejszym 13, z tych 10 w Klinice Psychjatrycznej, 1 w Szpitalu Św. Jana Bożego, 1 w Tworkach i 1 w Zofjówce. Odczytów wygłoszono 9, pokazów—12. (Sprawozdanie z posiedzeń wydrukowano w VIII zeszycie „Rocznika Psychjatrycznego 1928).

2. *Wybory Zarządu Oddziału.*

Do Zarzadu Oddziału zostali wybrani: na prezesa *Łuniewski,* na wiceprezesa *Wichert,* na sekretarza *Brunowa.*

3. Dyskusja nad odczytem Łuniewskiego: *„Wrażenia psychjatryczne z wycieczki do Holandji".*

4. G. Bychowski. *„W sprawie psychoterapji schizofrenji".*

Prelegent rozpoczyna od uzasadnienia teoretycznego możliwości i szans psychoterapji schizofrenji, przyczem zwalcza głównie poglądy, jakoby w schizofrenji, jako chorobie organicznej, nie mogło być mowy o psychoterapji. Ze względu na różnorodność samego cierpienia nie możemy tu mówić o jednej stałaj metodzie postępowania psychoterapeutycznego, a metody znane skądinąd musimy w odpowiedni sposób modyfikować. Dotyczy to w pierwszym rzędzie psychoanalizy, która wtedy dopiero może i w traktowaniu tego cierpienia oddawać nam wielkie usługi. Prelegent wskazuje na te zmiany w technice, jakie są tutaj konieczne. Za główny cel psychoterapji

schizofrenji należy uważać niedopuszczenie do zerwania kontaktu jaźni z rzeczywistością, względnie przywróccnie kontaktu już utraconego Szczególniej interesujące i obiecujące są z jednej strony postaci schizofrenji niedorozwinięte, z drugiej postaci o wybitnych komponentach neurotycznych. Prelegent przytacza odpowiednie przykłady kliniczne.

POSIEDZENIE DNIA 23 LISTOPADA 1927 r.

1. Brunowa. *Pokaz ojca paranoika i jego trojga dzieci schizofreników.*

Prelegentka demonstruje paranoika i jego troje dzieci schizofreników, będących na leczeniu w Klinice Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Omawia i ilustruje na tablicy rodzinę tych chorych, obejmującą 5 pokoleń. Prelegentka wysnuwa następujące wnioski: 1) Bieg dziedziczenia i rodzaj obarczenia omawianej rodziny dają nam przykład wzmagającego się jednoimiennego zwyrodnienia dziedzicznego; 2) Nasilenie się tego jednoimiennego zwyrodnienia do psychozy we wszystkich trzech przypadkach omawianego rodzeństwa przybiera kształt schizofrenicznego schorzenia, w którem jednocześnie występują obok siebie dwa czynniki: katatoniczny i paranoidalny; 3) Paranoia jest tu ogniwem pośredniczącem w przejściu konstytucji schizoidalnej starszych pokoleń w schizofrenje najmłodszego pokolenia. Nie wykazuje tu ona żadnego tła manjakalnego, podkreślonego przez Ewalda; 4) Fakt nasilenia się ciężkiego jednoimiennego zwyrodnienia dziedzicznego do psychozy, przybierającej charakter trzech ciężkich schizofrenij, występujących u trojga rodzeństwa najmłodszego pokolenia, staje się jasnym dopiero wtedy, jeżeli paranoję na tle schizoidalnem ojca schizofrenicznego rodzeństwa zaliczymy do grupy schorzeń schizofrenicznych.

2. G. Bychowski. *Uwagi z powodu przypadku cenestopatji.*

Przypadek dotyczy 30-letniego nauczyciela, którego B. miał możność spostrzegać zaledwie w przeciągu paru dni i to w praktyce prywatnej. Ta krótka obserwacja pozwoliła na ustalenie następujących danych zasadniczych: Od paru lat chory czuje się niedobrze, łamią się pod nim ręce i nogi. Głównie jednak dolegają mu anomalje w odczuwaniu własnego ciała i wahania, jakich odczuwanie to doznaje. A więc: niekiedy chory czuje wyraźnie całą twarz i ciało, czuje, jak mu się ruszają wszystkie nerwy, specjalnie odczuwa sieć nerwową twarzy. Najmniejszy ucisk kołnierzyka albo podwiązek (tych nie może wcale znosić!) przykuwa tak dalece jego uwagę, jest mu tak przykry, że przeszkadza mu całkowicie w skupieniu myśli na

czemkolwiek. Znajdując się podczas wizyty psychoterapeutycznej u doktora w pozycji leżącej, chory doznaje jeszcze następujących sensacji: leży przecież na wznak, a wydaje mu sią, że twarz jest zwrócona w stronę. Pozatem nie odczuwa części twarzy pomiędzy nosem a ustami, wydają mu się one oddzielone od reszty twarzy. Ostatnie doznania chorego pozwalają przejść do drugiego bieguna w tych wahaniach, jakim ulega odczuwanie przez niego własnego ciała. Niekiedy chory wcale ciała swego nie odczuwa, wydaje mu się wtedy, jakgdyby ciała wcale nie było. Niekiedy występują wyraźnie uczucia depersonalizacji: np. podczas pracy wydaje się choremu, że wszystko jest obce, niby słyszy, ale właściwie „mózg nie pracuje". Opisane objawy są jedynemi i doznania cenestopatyczne nie są w tym przypadku, jak to tak często bywa, jedynie objawem procesu chorobowego (w pierwszym rzędzie schizofrenicznego). Co przypadek ten czyni szczególnie interesującym, to możliwość wyjaśnienia jego patogenezy; wydaje się, że jest ona tutaj wyraźnie psychorodna. Chory podaje, iż powstanie jego doznań wiąże się głównie z 16-ym rokiem życia, kiedy to przeżył wielki przełom wewnętrzny. Wychowany był w sferze chasydzkiej i odznaczał się żarliwą religijnością, która prowadziła go nawet do praktyk ascetycznych, usiłował zapomnieć o swojem ciele i jego potrzebach, trwać godzinami bez ruchu i t. p. Później przyszedł kryzys religijny i chory zaczął gwałtownie powracać do zainteresowań dla swej powłoki cielesnej, starał się być silny i wytrwały, usiłował jakgdyby odnaleźć swoje ciało ponownie. Wydaje się, że wahania, jakich doznaje obecnie w odczuwaniu swego ciała, są odbiciem tych krańcowo przeciwnych sobie procesów. Procesom tym udało się zachwiać równowagę funkcji tak zazwyczaj stałej i niewzruszonej, jaką jest odczuwanie własnego ciała.

POSIEDZENIE DNIA 7 GRUDNIA 1927 r.

1. Matecki. *Przypadek psychozy po zatruciu tlenkiem węgla.* (Z „Psychopatologji zatrucia tlenkiem węgla"—ogłoszonej w „Kwartalniku Klinicznym Szpitala Starozakonnych w Warszawie. Tom VII, Zesz. I, 1928).

U pacjentki 68-letniej w 3 tygodnie po okresie wolnym od wyraźnych objawów psychopatycznych rozwija się zespół amnestyczny Korsakowa, który po 6-tygodniowem trwaniu stopniowo zaczyna ustępować. Przypadek, należący do wyodrębnionej przez *Sibeliusa* „postaci zatrucia CO z przerwami", potwierdza pogląd tego autora, że ta postać występuje w wieku podeszłym u osobników z mniej wartościowym układem naczyniowym, co *Sibelius* tłumaczy działa-

niem jadu na tkankę nerwową dopiero po uszkodzeniu naczyń. Przypadek—jak wskazuje piśmiennictwo—jest wyjątkowy ze względu na poprawę stanu psychicznego pomimo wieku podeszłego pacjentki. Zasługuje na uwagę brak objawów ze strony zwojów podstawowych, znanych ze szczególnej wrażliwości na działanie tlenku węgla. Analiza psychologiczna treści konfabulacji pozwoliła ustalić katatymiczny charakter niektórych konfabulacji. Jądro osobowości jest zachowane upośledzone są tylko jej postrzegające warstwy.

POSIEDZENIE DNIA 21 GRUDNIA 1927 r.

1. Markuszewicz. *Przypadek porażenia postępującego z atypowym obrazem klinicznym po leczeniu zimnicą.*

2. Higier. *Hypochondrja oraz rola lekarza w jej powstawaniu i leczeniu. Hypochondria iatrogenetica.*

Higier kreśli obraz hypochondrji iatrogenetycznej, w której lekarz stanowi „agent provocateur" choroby i swem nieumiejetnem zachowaniem się wywołuje ją.

Z odmian, jakie autor bliżej charakteryzuje, zasługują na wzmiankę: 1) Hypochondria pseudosyphilitica et pseudotuberculosa, 2) H. arteriosclerotica, 3) H. hypertonica, 4) H. metabolica v. diathetica, 5. H. analytica, 6) H. dinetetica, 7) H. balneo-climatica, 8) H. sexualis, 9) H. matrimonialis, 10) H. rentgenica, 11) H. endemica v. sanatorialis. Aczkolwiek lekarzem trzeba się urodzić (Medicus non fit sed nascitur), to jednak—zgodnie z dawną zasadą—„primum non nocere"—każdego lekarza, nawet złego, obowiązuje zasada niepogarszania stanu chorego i niewywoływania nowych chorób przez sposób myślenia autystyczno-niedyscyplinowany.

Musimy to umieć, co nauka i sztuka lekarska dają, ale też i to poznać, co stanowi siłę i powagę partacza, owczarza, pseudolekarza.

Psychoterapja, szeroko pojęta, nie obejmuje wyłącznie najnowszych, ledwie tkniętych, mało skontrolowanych metod, ale korzysta i z dawnych, przez całe pokolenia lekarzy aprobowanych i uznanych sposobów leczenia duchowego. W każdym razie psychogenetycznie myślący lekarz, z psychagogiką praktyczną obeznany, nigdy nie będzie działał ani świadomie, ani podświadomie w kierunku nosogenetycznym, nie będzie też prowokatorem mimowolnym przygnębienia u pacjentów swoich, twórcą Hypochondriae medicogeneticae.

POSIEDZENIE DNIA 25 STYCZNIA 1928 r.

1. Dreszer. *Pokaz preparatów mikroskopowych przypadku porażenia postępującego, nie rozpoznanego klinicznie.*

Referent, omawiając przypadek ze strony klinicznej, a zwłaszcza ze strony histopatologicznej, ilustruje go preparatami histopatologicznemi i mikrofotografjami. Omawiany przypadek klinicznie nie wzbudzał żadnych podejrzeń w kierunku porażenia postępującego, badanie sekcyjne również nie wykazało nic szczególnego. Dopiero mikroskopowe badanie mózgu wykazało caly szereg zmian tak charakterystycznych dla porażenia postępującego, że rozpoznanie można było na zasadzie tego badania postawić bez żadnych wątpliwości. W zakończeniu referent podkreśla znaczenie badania mikroskopowego dla kliniki.

2. Markuszewicz. *Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci.* (Drukow. w „Warsz. Czasopiśmie Lekarskiem" 12 i 26 lipca 1928 r.).

POSIEDZENIE DNIA 15 LUTEGO 1928 r.

1. Matecki. *Przypadek psychozy w wieku podeszłym o złożonej strukturze.*

U 74-letniej pacjentki w kilka miesięcy po operacji złamanej nogi ostro występuje zespół urojeniowo-omamowy zrazu bez żadnych objawów demencji organicznej. Stopniowo urojenia prześladowcze i omamy przeważnie słuchowe i wiedzenia (Bewusstheiten) ulegają systematyzacji, równolegle narastają wyraźne obiawy otępieniowe typu korowego. Kombinacja elementów korowych z paranoidalnemi jest źródłem skomplikowanej struktury przypadku. Przypadek nie daje się bez zastrzeżeń zaliczyć do żadnej z wyodrębnionych postaci psychoz w wieku podeszłym z pierwiastkami urojeniowemi. Najbardziej pod względem struktury psychologicznej zbliżony jest przypadek do „Involutionsparanoia". *Kleista*, przeciwko czemu jednak przemawia wiek pacjentki oraz jej osobowość przedchorobowa, nie odpowiadająca w zupełności hypoparanoicznej konstytucji, na której podłożu rozwija się „Involutionsparanoia". Wspólne jest przypadkowi i „Involutionsparanoia" ją lro parafreniczne. Pod względem psychodynamiki i fenomenologicznym zasługuje na uwagę, że objektem wiedzeń są prześladowcy, objektem zaś omamów osoby dla pacjentki przychylne, niby jej duchy opiekuńcze, chroniące ją przed prześladowcami, co stanowi regresję do pozycji dziecka człowieka pierwotnego (religje dualistyczne). Odmiennemu ustosunkowaniu się psychicznemu pacjentki do omanów i wiedzeń odpowiada odrębne lokalizowanie przestrzenne postaci z obu szeregów.

2. Mikulski. *Przypadek napadowej hiperkinezy z przebiegu parkinsonizmu poencefalitycznego.*

Chory P. Dz., lat 23, robotnik, przybył do kliniki dn. 18. XI 1927 r. Półtora roku temu przechodził śpiączkę, w trzy miesiące później jak mówi pacjent choroba odmieniła się. Nie odczuwał senności, a w pewien czas począł biegać i krzyczeć, coś go zmuszało do tego. Napady te miały jakoby pewuą regularność i występowały co 4 dni. W klinice regularności tej nie stwierdza się, chory miewa napady silnego wyładowania ruchowego, połączone zwykle z krzykiem, co kilka, kilkanaście dni.

Klinicznie obraz parkinsonizmu jest wyraźnie zaznaczony. Odczyny serologiczne ujemne.

Ze zwiastunów napadu występują objawy przymusowe ze strony gałązek ocznych, mruganie powiekami, naprężenie mięśni karku lub szyi oraz ogólne drętwienie. Psychicznie uczucie lęku, nieśmiałości i wstydu. Zwiastuny te nie zawsze mają miejsce.

Napad biegania trwa od kilku minut do 1 — 2 godzin i połączony jest z trzęsieniem ciała, uporczywym kaszlem, krztuszeniem i poceniem się. Chory wykrzykuje przytem jakąś modlitwę, przekleństwa, lub też powtarza usłyszane słowa. Zamroczony nie jest, aczkolwiek zapewne niewielkie zamroczenie ma podczas napadu miejsce. Otoczenie poznaje, omanów nie miewa, języka nie przygryza, agresywny nie jest, nie zanieczyszcza się. Krzyk jest głośny i zbliżony do palilalji.

Podczas napadu biega z ogromnym rozpędem, uderza rękoma w ściany, skacze i krzyczy. Napad pamięta, acz nie ze wszystkiemi szczegółami, twierdzi, że coś go zmusza do biegania i krzyku. Czasami napady „rozwiewają się", istnieją wówczas jedynie lekko zaznaczone i krótkotrwałe zwiastuny.

Przymusowość i napadowość są w przedstawionym przypadku wyraźne, również pewien odcień histeryczny nie da się zaprzeczyć.

Referent omawia odnośne piśmiennictwo i wspomina o przypadkach napadowego krzyku w parkinsonizmie, opisanych przez *Schustera, Benedeka* (klausomanja) i siebie.

POSIEDZENIE DNIA 7 MARCA 1928 r.

1. G. Bychowski. *W sprawie psychoterapji osobników małointeligentnych.*

Dotychczasowe metody leczenia psychicznego, zwłaszcza jeśli chodzi o psychoanalizę, liczą się zbyt mało z osobnikami o niskim poziomie wykształcenia i inteligencji. Prócz tego — szczególnie w naszych warunkach — psychoterapja pacjentów takich natrafia na wielkie trudności ekonomiczne, gdyż nie są oni w stanie korzy-

stać z pomocy lekarza prywatnego, a właściwej pomocy nie da im ani ambulatorja kasy chorych, ani też oddziały szpitalne, przeznaczone bądź dla chorych psychicznie, bądź też zajęte całkowicie przez neurologję organiczną. To też zagadnienie to ma charakter nietylko leczniczy, ale i socjalny. Nasuwa się konieczność odpowiedniej modyfikacji metod leczniczych oraz tworzenia przychodni psychoterapeutycznych i specjalnych oddziałów szpitalnych. Psychoanaliza w zastosowaniu do osobników małointeligentnych wymaga zmian w kierunku zupełnego uproszczenia pojęciowego oraz większej aktywności ze strony lekarza, który musi tu odrazu zająć stanowisko przewodnika. Często też należy łączyć ją z suggestją, nawet hypnozą. Szybkie zorjentowanie się w konfliktach psychicznych pacjenta zużytkujemy do udzielenia mu odpowiednich suggestji, w sposób możliwie energiczny i autorytatywny. Sama hypnoza wymaga techniki możliwie prostej, niekiedy najlepiej będzie zastosować gwałtowne „zakończenie". przyczem wzgląd na umysłowość pacjenta nakaże nierzadko odrywać lekarzowi rolę niemal magiczną. Ten sam wzgląd na pierwotną psychikę osobnika zmusi nas niekiedy — wbrew naszemu najlepszemu przekonaniu — do kompromisu w kierunku posłużenia się na początku albo na końcu kuracji aparatem elektrycznym. We wszystkich przypadkach odgrywa odpowiednie przygotowanie nietylko pacjenta, ale i środowiska, pierwszorzędną rolę; wszystko to wymaga często czasowego oddalenia pacjenta od jego zwykłego otoczenia, co znów wskazuje na konieczność organizacji socjalnej w wielkim stylu.

(Praca ukazała się w druku w „Warszawskiem Czasopiśmie Lekarskim" N. 24 z dnia 2 sierpnia 1928 r.).

2. Wichert. *Przypadek padaczki Jacksona z objawami roślinnemi (pokaz preparatów).* (Drukow. w VIII-ym zeszycie „Rocznika Psychjatycznego").

3. Deresz. *Wniosek w sprawie udziału zakładów psychjatrycznych na Wystawie Powszechnej w Poznaniu.*

POSIEDZENIE DNIA 2 MAJA 1928 r.

1. Zamecki. *Pokaz przypadku z niezwykłemi objawami po leczeniu thyreoidyną.*

2. Higier. *Poważna rola urazu porodowego w pograniczu neuro-psychjatrji.*

Higier, który dwukrotnie (1895 i 1905 r.) zabierał głos w sprawie znaczenia urazu porodowego w neurologji mózgowej, wraca po raz trzeci do tejże sprawy, która stała się w ostatnich latach wiel-

ce aktualną po pracach amerykańskich i berlińskich autorów, a zwłaszcza szkoły frankfurckiej Schwartza. Poznano dokładnie mechanizm porodowy, wpływ ciśnienia, skaczącego od 10 mm. słupa wodnego do 24 kg., i fatalny wpływ jego na krążenie zatokowe i żylne. Wylewy nad— pod— i wewnętrz-oponowe, korowe, śródmózgowe i komorowe, pod— i nadnamiotowe. Ogromna śmiertelnosć noworodków i dzieci w pierwszym roku życia, niezdolność do życia wielu osesków, normalnie i przedwcześnie zrodzonych. Jedna dziesiąta dzieci zdolnych do życia umiera w 1-ym roku życia wskutek następstw wylewów porodowych. Klęska społeczna, nie ustępująca gruźlicy. Częstość pourazowych porażeń, zaburzeń psychicznych i perturbacji dokrewnych.

Zaburzenia umysłowe a Diplegia cerebralis, poroencefalje, mikrogyria, sclerosis cerebri, oligophrenia choreoathetosis, kaslictwo, dystrophia adiposogenitalis, nadmierna otyłość, głuchoniemota i t. d. są zależne od urazu porodowego. Poród normalny ciężki i przedwczesny.

POSIEDZENIE DNIA 10 PAŹDZIERNIKA 1928 r.

1. Abramowicz i Markuszewicz. *Obce ciała w żołądku.*

Panna, lat 20, C. zgłosiła się do kliniki chirurgicznej Szpitala na Czystem ze skargami na bóle brzucha, nadmieniając, iż w celu samobójczym połykała gwoździe. Badanie rentgenologiczne wykazało, iż w żołądku pacjentki znajduje się pewna ilość gwoździ; podczas dokonanej operacji A. usunął z żołądka 132 gwoździe długości około 6 ctm. i parę igieł. Żołądek nie był uszkodzony przez gwoździe, rana pooperacyjna zagoiła się bez komplikacji, — pacjentka nie odczuwa żadnych somatycznych dolegliwości. Celem wyjaśnienia genezy tego niezwykłego sposobu samobójstwa, pacjentka została zbadana psychjatrycznie przez M. Badanie wykazało, że mamy do czynienia z przypadkiem zahamowania rozwoju umysłowego (imbecillitas) i histerji. Już od lat najmłodszych była pacjentka latwo pobudliwa, przyczem stale przejawiała się w niej dążność do karania samej siebie wówczas, gdy została przez matkę złajana lub skrzywdzona przez najblższe otoczenie. Pacjentka biła samą siebie; dwukrotnie popełniała nawet zamachy samobójcze (napiła się amoniaku i rzuciła się pod tramwaj). C. objaśnia, że woli zbić samą siebie, niźli uderzyć osobę ją krzywdzącą, gdyż wówczas miałaby wyrzuty sumienia i narazilaby się na jeszcze większe upokorzenie. Bijąc zaś samą siebie, pacjentka w ten sposób najłatwiej daje upust wezbranej złości, podobnie jak to czynią dzieci, gdy będąc

skarcone przez dorosłych, skierowują złość swoją na siebie, nie mogąc zemścić się czynnie na wychowawcy. Obserwujemy więc tutaj infantylną reakcję, która również przejawia się w ostatniem przeżyciu pacjentki: C. została zgwałcona przez nieznanego jej mężczyznę, gdy szła lasem (badanie ginekologiczne stwierdziło brak błony dziewiczej). W poczuciu doznanej krzywdy C. postanowiła się zabić: połyka gwoździe, aby w ten sposób spowodować „zakażenie" i śmierć. Łykanie gwoździ było ułatwione dzięki znieczuleniu, jak to stwierdziliśmy w przełyku pacjentki. Pacjentka połknęła tak dużą ilość gwoździ dlatego, że pierwsza porcja (20 gwoździ) nie spowodowała upragnionego skutku, — więc C. łykała co dzień coraz większą ilość gwoździ, aby wreszcie umrzeć. Dopiero, gdy się przekonała, że umrzeć nie może, uciekła z domu i zwróciła się do szpitala. Widzimy więc, że nietylko założenie, lecz i samo wykonanie owego zamachu samobójczego wybitnie przypomina reakcję infantylną.

2. Mikulski. *Przypadek zmian poencefalitycznych u dziecka.*

Chłopiec, lat 15, wyznania mojżeszowego, od 4-ch lat miewa napady przyjmowania pozycji lordotycznej, wypinania brzucha i chrapliwego oddychania. Objawy te występowały stopniowo, poczynając od pewnego niepokoju ruchowego w nocy i lekkiej bezsenności. Na kilka miesięcy przed obecną chorobą przechodził pacjent jakąś chorobę gorączkową (grypa?), podczas której bolała go ogromnie głowa.

Dziedzicznie, poza pewną nerwowością u matki, nie obciążony. Zbudowany prawidłowo; neurologicznie stwierdza się nieznaczną niekształtność źrenic i słabe ich oddziaływanie na światło; pozatem— bez zmiany. Badanie krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i moczu zmian nie wykrywa.

Trzy lata temu, a może wcześniej zmienił się wybitnie charakterologicznie, z dziecka grzecznego, posłusznego, łatwego do kierowania, stał się upartym, krnąbrnym, dokuczliwym, złośliwym i seksualnie podnieconym.

Od 2 lat, poza napadami, powyżej opisanymi, miewa napady pseudoepileptyczne, podczas których wszystko słyszy, ale nie może mówić, coś wykręca mu głowę, miewa drgawki nietypowe. Ataki te zwykle bywają poprzedzone jakimś przykrym przejściem wzruszeniowem. Przed takim atakiem chory kręci się jakiś czas wkółko, potem pada, nie uszkadzając się poważniej, języka nie przygryza, nie zanieczyszcza się.

Napady pseudoepileptyczne występują rzadko, napady drugiego rodzaju (wypinanie brzucha, oddech chrapliwy) bardzo często, chory wprost je demonstruje, miewa przytem jakoby erekcje.

W przypadku powyższym rozpoznajemy przebytą encephalitis lethargica oraz nabytą psychopatję wraz z napadami wyżej opisanymi. Różniczkowo brana była pod uwagę hebefrenja, katatonja i histerja.

Napady wypinania brzucha pod wpływem psychoterapji przejściowo ustąpiły. Chory przejdzie leczenie malarją.

POSIEDZENIE DNIA 7 LISTOPADA 1928 r.

1. Handelsman. *Zaburzenia psychiczne w przypadku nowotworu mózgu (pokaz preparatu).* (Będzie druk. in extenso w „Roczniku Psychjatrycznym".

2. Goldberg. *Uwagi o Freudyzmie.*

3. Brunowa. *Sprawozdanie Sekretarjatu Zarządu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego za rok 1927|1928.*

Z liczby członków oddziału ubyli w ciągu roku bieżącego koledzy Bednarz, Naramowski, Follak, przybył zaś kolega Iwanowski. Liczba członków wynosi obecnie 80 osób.

Posiedzeń naukowych odbyło się włącznie z dzisiejszem 10, z tych 9 w Klinice Psychjatrycznej, 1 w Tworkach, pokazów zgłoszono 12, odczytów — 7.

4. *Wybory członków Zarządu Oddziału na rok 1928|1929.*

Do Zarządu Oddziału zostali wybrani: Prezes — Bornsztajn wiceprezes — Handelsman, sekretarz — Bobrowska.

Sekretarz: *Brunowa.*

XIII ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W WILNIE.

SEKCJA PSYCHJATRYCZNA.

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie dn. 29. V. 1928 r. uchwalił by następny zjazd odbył się, jako sekcja psychjatryczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Na skutek tej decyzji Zarząd Główny Polskięgo Towarzystwa Psychjatrycznego po porozumieniu z przewodniczącym Sekcji psychjatrycznej XIII Zjazdu w Wilnie prof. Radziwiłłowiczem, zgodnie z dezyderatami, wypowiedzianemi na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich, ustalił jako tematy główne:

1. **Psychopatja konstytucjonalna,**
2. **Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce.**

Przewodniczący Sekcji Psychjatrycznej prof. Radziwiłłowicz podaje następujący tymczasowy program prac.

Termin Zjazdu ustalony został na dzfeń 26 — 29 września 1929 roku. Posiedzenie przedpołudniowe 26 IX wypełni zebranie plenarne Zjazdu, pozatem w dniach 27, 28, 29 września godziny ranne od 9 — 10 przeznaczone są na wykłady plenarne z odczytami profesorów: Marchlewskiego, Godlewskiego, Nowickiego, Piaseckiego. Przedpołudniowe posiedzenie 29. IX. wypełni plenarne posiedzenie, uchwały, zamknięcie Zjazdu. W ten sposób dla sekcji psychjatrycznej pozostaje 26. IX. posiedzenie popołudniowe (łącznie z sekcją neurologiczną), 27 oraz 28. IX.; w tym dniu odbędzie się walne zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. W sekcjach połączonych proponowane są odczyty doc. Rosego z Warszawy p. t. „Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej" oraz Dr. Hurynowiczówny (Wilno) p. t. „Chronaksja".

Do wygłoszenia referatów dla tematu „Psychopatja konstytucjonalna" zaproszeni zostali: prof. Mazurkiewicz, E: Minkowski (z Paryża), Łuniewski, Nelken, Wilczkowski, Sterling, Grzegorzewska, Rozenblumówna, Falkowski i Gawroński; dla tematu „Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego": Piotrowski, Bednarz, Łuniewski i Radziwiłłowicz.

Uwagi: 1) Wszystkich referentów uprasza się o przysłanie swoich referatów *najpóźniej* do końca maja 1929 r. do Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego" pod adresem red. *J. Nelkena* - Warszawa, Matejki 6, w celu umieszczenia *in extenso* w „Roczniku" (Zeszyt „Rocznika" z wydrukowanemi pracami będzie rozesłany przed Zjazdem), czas zaś wygłoszenia streszczenia referatu zostaje ograniczony do 10 minut, by pozostawić więcej czasu na dyskusję.

2) Uprasza się o zgłaszanie odczytów luźnych do przewodniczącego sekcji prof. Radziwiłłowicza - Wilno, Klinika Psychjatryczna, ul. Letnia 5, Antokol, do końca maja 1929 roku.

Zgłoszono dotychczas następujące odczyty luźne:

1) H. Zajączkowski: „Bezsenność u psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance".

2) Wilczyński: „Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach".

3) St. Świerczek: „Porażenie postępujące w Dziekance w okresie przed i po salwarsanowym".

4) J. Medem: „Badanie kontrolne nad symptomatologją płynu mózgowo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i w innych chorobach kiłowych".

5) W. Gorzkowski: „Psychozy alkoholowe w Dziekance przed wojną i po wojnie".

6) T. Łapiński: „Przyczynek do działalności Sekcji Opieki pozazakładowej Warszawskiego Towarzystwa Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi".

Uczestnicy Zjazdu mają zapewnione zniżki kolejowe w granicach przewidzianych regulaminem kolejowym (66% zniżki w drodze powrotnej).

Sprawą mieszkań zajmuje się sekcja mieszkaniowa, której przewodniczy dr. Rudziński Jest nadzieja, że przy dość wczesnem zgłoszeniu udziału w Zjeździe, sekcja ta będzie mogła zapewnić pomieszczenie wszystkim członkom Zjazdu.

Komisja Redakcyjna przeznacza w Pamiętniku Zjazdu na referaty programowe w poszczególnych sekcjach po 4 stronice druku na każdy referat, na referaty mniejsze po $^1|_2$ (pół) stronicy. Zamierzona jest wystawa.

Pożądane jest zgłoszenie udziału w Zjeździe przed 31 lipca 1929 r.

Adres Sekretarza Generalnego: *Prof. K. Michejda, Wilno, Antokol, Klinika Chirurgiczna U. S. B.*

XXXV-LECIE
PRACY NAUKOWEJ EDWARDA FLATAUA.

Edward Flatau, wybitny neurolog polski o sławie wszechświatowej, w końcu marca r. b. obchodził 35-lecie pracy naukowej, wypełnionej znakomitemi dziełami.

W czasopiśmie naszem, poświęconem psychjatrji, nie możemy nawet w krótkości naszkicować całej obfitej działalności *Flataua*, nie mogą jednak psychjatrom, (a zwłaszcza tym, którzy się zajmują anatomją patologiczną psychoz) być obce Jego prace doświadczalne nad patologją komórki nerwowej (1897), atlas mózgu ludzkiego (1894), prace nad neuronami (1895), prace nad technicznem opracowywaniem układu nerwowego ośrodkowego (1897), podręcznik anatomji patologicznej układu nerwowego (wspólnie z Jacobsohnem i Neumanem 1904), szereg prac klinicznych dotyczących stwardnienia rozsianego, nowotworów mózgu (1910—1914), monografja o migrenie (1912), o zespołach pozapiramidowych (1924), badanie nad przepuszczalnością ośrodkowej barjery nerwowej (1926) i szereg innych prac. Aczkolwiek *Flatau* nie wydaje w druku prac ściśle psychjatrycznych, jednak zasługi Jego dla psychjatrji są znaczne, albowiem wszystkie te prace dobrze przygotowanemu psychjatrze muszą być znane jako podstawowe w anatomji i anatomji patologicznej układu nerwowego ośrodkowego, bez których obejść się trudno.

Musimy podnieść również wielką zasługę *Flataua*, jako współredaktora wydawnictwa „Jahresbericht für Psychiatrie und Neurologie" (1897—1916); specjalnie zwrócić musimy uwagę na to, że w wydawnictwie tem niezbędnem dla każdego naukowo pracującego psychjatry, były zawsze uwzględniane wszystkie prace naukowe polskie, neurologiczne i psychjatryczne.

Nie można wreszcie nie wspomnieć o tem, że *Flatau* był organizatorem sekcji neurologiczno-psychjatrycznej przy Warszawskiem Tow. Lekarskiem, której nadawał odpowiedni ton naukowy, i w której obok neurologji szereg odczytów i pokazów psychjatrycznych był przedmiotem naukowej dyskusji, do chwili, gdy sekcja została

przekształcona na dwa osobne towarzystwa — psychjatryczne i neuo logiczne.

Flatau, pomimo znakomitej wiedzy i powszechnego uznania, nie lubiący reklamy i pustego rozgłosu, nie zgodził się stanowczo na urządzenie jubileuszu, nie mógł jednak odmówić przyjęcia ofiarowanej Mu Księgi Zbiorowej, na którą złożyły się prace jego uczniów i przyjaciół, w liczbie 68. Wśród autorów, którzy złożyli w ten sposób hołd wiedzy lekarskiej *Flataua* znajdują się obok autorów polskich najwybitniejsi przedstawiciele neurologji i psychjatrji 12 krajów.

Edward Flatau, wzór pracowitości i sumienności, przy wielkiej wiedzy i wykształceniu nadal przoduje neurologji polskiej, której służy z tą samą niespożytą młodzieńczą energją obecnie jak przed 35-ciu laty.

J. Handelsman.

Ś. † P.

WŁADYSŁAW JARECKI.

Dnia 1 marca 1929 r. zmarł niespodziewanie członek naszego Towarzystwa, Dr. med. Władysław Jarecki, dyrektor Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie, w wieku lat 52.

Ś. p. Jarecki odznaczający się wybitnemi zaletami charakteru, prawością, uczynnością, koleżeńskością i zdolnościami organizacyjnemi, był z tego względu wybierany do zarządów licznych instytucji lekarskich i społecznych, do których należał, między innemi od 1921 r. był przez szereg lat sekretarzem Warsz. Tow. Neurol., a od r. 1923 do śmierci był wydawcą „Neurologji Polskiej".

Naukowo zajmował się specjalnie zaburzeniami mowy, drukował swe prace w „Szkole Specjalnej" oraz w „Neurologji Poskiej", w Instytucie Pedagogiki Specjalnej wykładał logopatologję. Jako jeden z niewielu neurologów doskonale wyspecjalizowany w tej dziedzinie był nader ceniony wśród lekarzy i pedagogów.

Ze względu na swoje wybitne zalety pozostawił głęboki żal wśród tych wszystkich, którzy z nim współpracowali.

Resumés Français.

† Dr. J. Morawski. **Le travail de l'infirmier dans l'assistance des alénés.**

En se basant sur les donnés de la psychiatrie théoretique et pratique et sur les méthodes d'enseignement des infirmiers et des infirmières en Europe et en Amérique l'autcur arrive au conclusions suivantes.

1) Le travail des infirmiers et des infirmières joue un rôle important dans le développement de l'assistance des aliénés.

2) L'existence de plusieurs symptômes secondaires de maladies psychiques (et surtout de la schizophrénie) est causée par l'insuffisance de nos asiles et de notre traitement des malades.

3) Le °/₀ des remissions dans la schizophrénie augmente parallélement aux progrés de la psychiatrie, au deloppement de notre thérapeutique par les médicaments et par le travail.

4) Plusieurs malades, atteints de différentes psychoses sont soignés à la maison et dans certains cas les remissions se produisent plus facilement dans la famille ou dans le patronage familial qu'à l'asile. Le personnel infirmier, bien instruit, peut par son travail augmenter la quantité de ces améliorations.

5) Le travail des infirmiers et des infirmiéres peut être utile dans tous les domaines de la psychiatrie sociale,

6) Le personel infirmier psychiatrique doit avoir au moins $^1|_2$ année de la pratique dans un asile psychiatrique pour pouvoir bien remplir ses devoirs.

L'auteur finit par la description de conditions difavorables, dans lesquelles se trouvent maintenant l'assistance des aliénés et le personel infirmier en Pologne,

Dr. M. R o s e. **Altérations architectoniques de l'écorce du cerveau dans l'épilepsie génuine.**

Les altérations de la corne d'Ammon présentent à présent un des symptomes essentiels de l'épilepsie. La sclérose en lisière de *Chaslin* et les altérations dans la III couche fortifient ce diagnostic. A part ces altérations évidentes qui accompagnent les altérations de la corne d'Ammon dans l'épilepsie, nous pouvons nous orienter par une série de symptômes négatifs, c'est à dire des symptomes qui n'apparaissent pas dans l'épilepsie, mais se manifestent dans d'autres maladies, présentant comme l'epilepsie des altérations de la corne d'Ammon (paralysie progressive, encephalite épidemique, démence senle, chorea Huntigtoni). Il en resulte, qu'actuellement le même symptôme, c'est à dire la sclérose de la corne d'Ammon dans le cours de différentes maladies peut présenter differents symptomes complementaires, d'après lesquelles on peut diagnostiquer. Les altérations complementaires sont différentes dans l'épilepsie, la paralysie progressive, l'encéphalite et la maladie d'Huntigton.

Le diagnostie de épilepsie post mortem est enfin devenu presqe possible si nous avons affaire á un cas présentant des altérations dans la corne d'Ammon.

Dr. Fr. W i c h e r t et Dr. R. D r e s z e r. **De l'histopathologie de l'épilepsie.**

C'est en se basant sur 6 cas d'épilepsie d'étiologie diverse, examinés histologiquement, dans lesquels les auteurs ont constaté des lésions dans les couches inférieures de l'écorce cérébrale plus ou moins étendues, et sur 54 cas trouvés dans la littérature, que les auteurs parviennent aux conclussions suivantes:

1) les altérations histopathologiques dans les couches inférieures de l'écorce cérébrale sont les plus constantes peut-etre dans l'épilepsie;

2) dans ces couches inférieures de l'écorce se trouvent les centres vaso-moteurs cérébraux, dont la lésion est indispensable à la naissance des accès épileptiques;

3) dans l'épilepsie les altérations dans les couches inférieures de l'écorce cérébrale ne sont pas la conséquance des accès épileptiques, comme le sont les altérations dans la corne d'Ammon, le cervelet, la III couche de l'écorce etc., mais une des causes essentielies et indispensables de ces accès.

Dr. T. Milewski et Dr. E. Wilczkowski. **Recherches capillaroscopiques chez les épileptiques.**

Les auteurs ont observé chez 16 épileptiques les tableaux capillaroscopiques dans la peau. Ils ont trouvé 1) morphologiquement dans la plus part des cas les capillaires au caractère des troubles du développement, 2) fonctionnellement souvent l'augmentation du nombre des capillaires, leur élargissement, ralentissement du cours du sang, les stases, aussi bien que la présence fréquente du plexus souspapillaire.

Pendant un accès épileptique spontané, en appliquant dans 9 cas l'hyperventilation, ils ont constaté: avant l'accès — toujours l'augmentation graduelle du nombre des capillaires e leur élargissemeni ainsi que le ralentissement du cours du sang, croissant jusqu'à la stase complète. Le plexus souspapillaire se faisait visible et s'élargissait. Après l'accès, au contraire, le cours du sang réapparaît, la stase passe et le tableau capillaroscopique revient à l'état observé hors des accès.

J. Handelsman. **Contribution á l'étude des troubles mentaux dans les tumeurs cérebrales. (Tumeur du lobe temporal gauche).**

L'auteur fait part d'un cas concernant une femme, qui présenta une année après un trauma de la tête des symptômes genérals de tumeur de cerveau (cephalalgies, vomissements, affaiblissement de la vue jusqu'á cécité complète). La malade eut des troubles psychiques qui durèrent jusqu á la fin, une année environ et qui s'établient presque en mème temps, que les troubles nerveux.

Ces troubles psychiques observés se partagent en 4 périodes. 1) au commencement, excitation du type maniacal: bavardages, agitations; cet état décida le médecin á faire entrer la malade dans un asyle d'aliénés, 2) période de la depression avec tentations de suicide, la malade essaya de se blesser á l'aide d'un rasoir, essaya de se pendre; avec cela expression des idées tristes, désespoir; durant cette périodes qui fut la plus longue on observa, 3) des accès d'hallucinations visuelles, figurants des scènes compliqués. A part ces hallucinations la malade avait des sensations du goût (goût amer sur la partie gauche de la langue), 4) dernière période caractierisée par de l'indolence, de l'apathie profonde, de la sommolence, qui dura jusqú á la mort. La malade fut atteinte á un faible degré de troubles transitoires de la parole sous forme d'aphasie amnèstique.

Constatation á l'autopsie d'un néoplasme du lobe temporal

gauche (meningoblastoma angiomatodes), dilatation très accentuée des ventricules, comprimant l'hypophyse du cerveau qui, est amincé.

L'auteur analyse la valeur des troubles psychiques globales (depression, apathie), fait mention de la bibliographie, particulièrement des travaux de *Baruk*, de *Cushing* et s'arrete spécialement sur la valeur des hallucinations visuelles melées á sensations du goût, comme étant un symptôme de localisation dans le lobe temporal; dans les cas présenté, vu les troubles transitoires de la parole ce symptôme localise la tumeur dans le lobe temporal gauche.

En ce qui concerne l'état d'excitation maniacale observé au début de la maladie, l'auteur n'est pas d'accord avec *Holländer* pour le considérer comme un symtome de localisation.

Dr. N. Präger **Le problème de l'activité créatrice des épileptiques.**

Il est admis par les historiens et les gens de la science que l'épilepsie exerce une influence favorable sur l'activité créatrice des hommes, On cite les noms des „grands épileptiques" qui ont joués un rôle important dans l'évolution des évenements historiques, des arts et de la science.

Cette opinion a pénétrée dans la science psychiatrique et Lombroso s'en est servie pour admettre un lien étroit entre l'épilepsie et le gênie. L'opinion de Lombroso a perdue de sa vâleur dans la science actuelle; néanmoins on parle encore beaucoup „des grands épileptiques" dans la littérature psychiatrique. — Ainsi *Binswanger* dan son travail sur l'épilepsie considere cette dernière, comme une maladie, qui ne conduit pas nécessairement á la démence.

Sans discuter plus longtemps cette opinion, très repandue du reste, nous tâcherons de faire l'analyse psychique de l'indivudualités des grands épileptiques et de constater si vraiment ils étaient épileptiques et si par conséquent on peut réellement parler de l'infuence crèatrice de l'épilepsie sur les capacités intellectuelles des gens qui en étaient atteints.

Poë. Il nous est impossible, comme le fait *Probst*, de croire á l'épilepsie essentielle en s'appuyant uniquement sur les accès périodiques de dépressions et la dipsomanie. La vie, qu'il méne, et les principaux traits de son caractère parlent plutôt pour la psychopathie, qui nous fait comprendre clairement le genre des troubles psychiques.

Van Gogh souffrait des accès de troubles psychiques qui survenaient périodiquement, finissant par un someil profond et dont il

garde un souvenir tres confus. Dans l'interval des accès-pas de troubles psychiques. Ces faits font pénser à l'épilepsie essentielle. Cependant la constitution psychique de V. Gogh n'est point une constitution épileptique et c'est avec une grande réstriction, que nous admettons que v. Gogh souffrait des équivalents épileptiques. Nous pensons que le changement de son genre artistique est le résultat de son developpement intellectuel et artistique et n'a pas de rapport avec sa maladie.

Gustave Flaubert souffre des attaques des convulsions précedés d'aura sensorielle. Pendant cette aura Flaubert parle de ses sensations à son ami; la durée de l'aura est si longue, que Flaubert a toujours le temps de se mettre au lit et de prévenir par ce fait la chutte sur le parquet. En plus en lisant les lettres de Flaubert écrites a son amie Louise Collet, nous apprenons que Flaubert garde la concience claire pendant toute la durée des convulsions. Ces faits nous font douter du caractère épileptique des attaques, dont il souffre. Le caractère psychique de Flaubert se couvre plutôt avec ce que nous appelons „la constitution hystérique" évent. „le caractère hystérique" dans le sens de *Jaspers* et de *Bumke*.

Un rapport étroit éxistant entre les attaques et les évenements de la vie sensuelle demontrent nettement le caractère hystérique de ces attaques.

Dostojewsky souffre des attaques des convulsions précedées chaque fois d'une aura psychique, portant un caractère nettement extatique; une suscéptibilité croissante après chaque attaque, l'affectivité tenace, la pédanterie — nous conduit à admettre que Dostojewsky souffre de l'épilepsie essentielle. A côté de celle-ci nous observons chez Dostojewsky des symptômes histéro — neurotiques et une vie sensuelle anormale. La maladie dont souffre Dostojewsky l'énrichissait des sensations spéciales, qu'elle lui fit sentir au moment des attaques, mais en même temps elle lui fit meconnaitre la psychologie des gens simples, des gens du milieu.

Tolstoj. Les accès des convulsions sont atypiques. Surviennent toujours à la suite des émotions violentes; Tolstoj présente des traits caractéristiques d'une constitution psychopatique. L'ensemble du tableau morbide parle contre l'épilepsie essentielle.

Mahomet. Nous voyons que les accès de convulsions debutent a l'âge de 41 ans, ce qui arrive rarement dans l'épilepsie essentielle. Jamais on n'observe d'état délirant après les accès; les souvenirs des sensations subies pendant l'accès, restent clairs; on n'observe aucun signe d'affaiblissement intellectuel jusqu'a la fin

de sa vie; on ne constate point des traits caractéristiques de la constitution épileptique. Il y a un lien étroit entre les élans religieux et les accès des convulsions, ce qui fait penser a l'hystérie.

Ainsi nous arrivons à la conclusions, que la majorité des grands épileptiques n'etaient point épileptique et qu'il est difficile par conséquence des parler de l'influence créatrice de l'épilepsie sur le développement de la culture.

Dr. H. Jankowska: **Contribution experimentale a l'étude sur l'eidetisme et son rapport a la constitution physique.**

L'auteur examina 46 personnes sur les images eidetiques appliquant en même temps l'hyperventilation afin de provoquer l'ètât tetanoide, étant d'après *Walter Jaensch* la condition du type *T* des images eidetiques. Le personnes examinées (presque exclusivement des enfants) demontraient physiquement une prèponderence éminente du type basedovoide, les images eidetiqes des degrés supperieurs portaient aussi les signes de type *B*. Après l'hyperventilation une apparition ou augmentation des signes eidetiques de type *T*. n'a pas eté remarquée. Les images eidetiques au contraire gagnaient en relief, en mobilité et expression ainsi q'en coloration fondamentale, d'ou on peu conclure a une accumulation de l'influence des états tetanoidals et basedovoidals sur les phenomèns psychiques de ce genre. L'auteur constate aussi des images eidetiques dans le domaine des autres sens qui se renforçaient après l'hyperventilation aussi bien des fois.

L'auteur se pose un autre problème, celui du rapport entre les images eidetiques et les hallucinations réelles et fausses. Comme signe distinctive general entre les images eidetiques et les deux groupes d'hallucinations elle indique l'acte d'attention actif ou passif dirigé vers les souvenirs. Les images eidetiques se distinguent en outre des hallucinations réelles par le criticisme et la conscience de la personne, éprouvant ce phenomène, comme etant puremant subjectif et des hallucinations fausses par le fait que la personne les éprouve dans le champ visuel objectif (Kandinsky).

SPIS RZECZY, ZAWARTYCH W X-ym ZESZYCIE.

RESUMÉS FRANÇAIS.